

POR QUE
WINNICOTT?

Leopoldo Fulgencio

Coleção Grandes Psicanalistas

COORDENAÇÃO
Daniel Kupermann

 **ZAGODONI**
EDITORA





POR QUE WINNICOTT?

Leopoldo Fulgencio

Coleção Grandes Psicanalistas

COORDENAÇÃO
Daniel Kupermann

 ZAGABONI
EDITORA

Agradecimentos

À FAPESP, pelo auxílio que tem dado a minhas pesquisas, especialmente ao apoio à pesquisa "Winnicott: uma psicanálise do ser" (auxílio à pesquisa regular, de 2015 a 2016).

Ao CNPq, pelo auxílio às minhas pesquisas, especialmente pelos últimos apoios dados na categoria de Bolsa Produtividade em Pesquisa, nos triênios de 2011-2013 e 2014-2016.

Ao Adriano Zago, pelo convite e incentivo feito para a publicação deste livro, fornecendo todo o apoio para que eu pudesse escrevê-lo com total liberdade. Suas sugestões possibilitaram que eu desse um passo a mais na sua composição, tornando-o mais consistente e mais de acordo com os objetivos desta Coleção.

Seleção Brasileira de Rematistas

Apresentação à Coleção Grandes Psicanalistas

....

A Coleção Grandes Psicanalistas tem a ambição não apenas de apresentar ao leitor as principais coordenadas das obras dos autores nela tratados, mas também de situá-las em nosso tempo e em nosso contexto cultural. Ao propormos uma pergunta comum que comparece já no título de todos os seus volumes, pretendemos revelar o lugar e a inserção de cada autor no campo psicanalítico – sua filiação singular ao pensamento freudiano –, bem como indicar de que maneira o contato com suas ideias contribui para o entendimento dos problemas que nossa época suscita e para a clínica do mal-estar contemporâneo.

Consideramos, inspirados no célebre ensaio de Michel Foucault – O que é um autor? –, que um “Grande Psicanalista” é aquele que teve sucesso em deslocar o “centro de gravidade” da psicanálise contemplando, em sua obra, quatro aspectos do pensamento psicanalítico: uma teoria do funcionamento psíquico, ou seja, uma metapsicologia; uma concepção psicopatológica que lhe é correspondente; uma teoria da clínica que compõe seu estilo singular de psicanalisar; e uma reflexão crítica acerca do que faz um psicanalista, tanto no que concerne ao processo de formação e aos modos de institucionalização da psicanálise, quanto no que se refere à situação analítica em si, ou seja, à escuta e ao ato analítico.

Os livros que compõem a coleção são dirigidos a todos os interessados na psicanálise, bem como àqueles que se dedicam às várias práticas de cuidado com o ser humano, e que compartilham da concepção de que Saúde implica a busca de um sentido singular para a existência.

DANIEL KUPERMANN

*Professor Doutor do Departamento de Psicologia Clínica do
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP)*

Para Lygia

Com o amor que chegou

Com o sol do meio-dia

E ilumina nossas vidas

Sumário

Apresentação à Coleção Grandes Psicanalistas 11

Introdução. Por que Winnicott? 13

1 A especificidade da obra de Winnicott 17

Um psicanalista existencialista 17

A teoria do desenvolvimento emocional como uma teoria
das relações de dependência 28

Novos temas, novos problemas 32

O ambiente e a mãe suficientemente boa (holding) 32

A preocupação materna primária 33

O momento de imaturidade inicial e os objetos subjetivos 34

A elaboração imaginativa 36

O psique-soma e a mente 38

Os objetos e os fenômenos transicionais: entre o mundo
interno e o externo 42

A compreensão dos tipos de organização psicopatológica 44

Falso self e verdadeiro self 46

A solidão essencial 47

- 2 O interesse da obra de Winnicott para as ciências 51
 - O interesse do pensamento de Winnicott para o método de tratamento psicanalítico 54
 - O método de tratamento psicanalítico para Freud 54
 - O método de tratamento psicanalítico para Winnicott 59
 - As psicopatologias e os aspectos gerais que orientam os tratamentos psicoterápicos para Winnicott 75
 - Os problemas dos neuróticos e seu tratamento 77
 - Os problemas dos psicóticos e seu tratamento 81
 - Os problemas dos deprimidos e seu tratamento 84
 - Os problemas dos borderlines e seu tratamento 87
 - As atitudes antissociais e seu tratamento 90
 - Os sintomas psicossomáticos ou que usam o corpo e seu tratamento 92
 - Regressão à dependência: uma nova chance para o desenvolvimento do self 96
 - Aspectos da teoria winnicottiana que podem interessar a todas as ciências que dependem da realização de cuidados inter-humanos 98
 - Uma teoria universal sobre o desenvolvimento emocional do ser humano 99
 - A importância e os tipos de cuidados ambientais 101
 - A universalidade da ação de brincar 105
 - A teoria da cultura como expansão da ação de brincar 110
 - A constituição da moral como fruto da ética do cuidado 113
 - O interesse da obra de Winnicott para as ciências não psicológicas 119
 - Para a psiquiatria, a pediatria e outros ramos da medicina 120
 - Para a biologia e para as neurociências 121
 - Para a educação 124
 - Para a semiótica e a linguística 126
 - Para a história do desenvolvimento da cultura 129
 - Para a sociologia 130
 - Para os assistentes sociais e agentes análogos 133
 - Para as práticas jurídicas 134
 - Para a filosofia 136

- 3 Winnicott e a pulsão de morte: recusa e alternativas 139**
 Aspectos gerais da teoria do afeto e do conceito de instinto de morte em Otto Kernberg 142
 A pulsão de morte como sinônimo de *destrutividade originária* para André Green 143
 Críticas de Winnicott ao conceito de instinto de morte 146
 Aspectos gerais das origens da agressividade para Winnicott 148
 Introdução ao diálogo crítico entre as posições de Winnicott e as de Klein sobre o instinto de morte 152
 A destrutividade na fase do uso do objeto e o instinto de morte 157
 Alternativa para a compreensão da compulsão à repetição 159
 Desenvolvimentos a serem feitos a partir das contribuições de Winnicott 165
- 4 Trechos selecionados 167**
 Continuidades e rupturas 167
 Fundamentos 170
 Psicopatologia 171
 Concepções clínico-teóricas 174
- 5 Obra e literatura secundária 179**
 Escritos de Winnicott 179
 The Collected Works of Dr. D.W.Winnicott (2016) 179
 Publicações antes da edição dos Collected Works of Dr D.W.Winnicott 180
 Bibliografia secundária organizada por temas 182
 Catálogos contendo listas de publicações e pesquisas dedicadas ao estudo da obra de Winnicott 182
 Manuais e dicionários 182
 Biografias 182
 Textos dedicados à caracterização do lugar e da importância de Winnicott na história da psicanálise 182
 Estudos sobre a obra de Winnicott 183
 Coletâneas sobre diversos temas da obra de Winnicott 185
 Controvérsias sobre a importância da obra de Winnicott 186
 Estudos dedicados às relações entre Winnicott e outros psicanalistas 186

Referências 191

Apêndice. Breve biografia de Donald W. Winnicott 203

Introdução. Por que Winnicott?

Donald Woods Winnicott (1896-1971) foi o primeiro médico pediatra a tornar-se também um psicanalista. Sua experiência no tratamento de bebês (e suas mães), crianças, adolescentes e adultos (neuróticos, psicóticos, borderlines) elucidou muitos aspectos sobre o desenvolvimento e a organização emocional e relacional do ser humano. Com o que descobriu, tanto em termos teóricos como práticos, possibilitou a eficiência do trabalho psicoterápico (que se baseia nos efeitos que uma relação humana pode produzir noutro ser humano) tanto nos casos já reconhecidamente beneficiáveis pelas psicoterapias (com base na compreensão que a psicanálise tem do ser humano) – ou seja, as neuroses, no quadro das quais temos a histeria, as obsessões ou as manias; e as fobias, dentro das quais encontramos por vezes outra nomenclatura, tal como a síndrome do pânico, além de outros sintomas, como a impotência ou a frigidez de origem psicogênica – quanto nos casos mais graves ou difíceis, em que se incluem as psicoses (esquizofrenia, paranoia), as depressões (principalmente as de origem psicogênica mais próxima do espectro psicótico), os diversos transtornos de espectro autista, além de sintomas como os psicossomáticos, as adições e as atitudes antissociais.

Winnicott é, portanto, um psicanalista que pretendeu fornecer um entendimento (e uma direção ao tratamento) de todas essas patologias; mais ainda, procurou fornecer uma teoria da saúde, uma teoria *positiva* da entrada do homem na cultura (não baseada na repressão ou na introdução restritiva da lei, mas como um processo de expansão necessária do ser-humano-com-os-outros), desenvolvendo, pois, seu objetivo de fazer da psicanálise *uma ciência objetiva do ser humano*.

Winnicott pode ser considerado o psicanalista que levou a psicanálise para um outro *status* epistemológico e prático, uma vez que conseguiu articular, em um mesmo e novo sistema teórico e clínico, as descobertas feitas por Freud e Klein (dentre outros, seus contemporâneos) com as do *existencialismo moderno* (nas suas expressões clínicas, reconhecíveis na *Fenomenologia Psiquiátrica*, na *Psicoterapia Existencialista* e na *Daseinanalyse*). Com isso elaborou e apresentou, numa linguagem afastada dos jargões, uma ética do cuidado psicoterapêutico. Sua obra, além de aprofundar e expandir uma descrição mais minuciosa e profunda do processo de desenvolvimento emocional do ser humano (explicitando como nos tornamos nós mesmos, como adquirimos o sentimento de unidade, como interiorizamos as leis morais e éticas nos tornando seres de cultura, em função de uma necessidade positiva e afirmativa de nossa natureza humana), tem sido utilizada por diversos profissionais que se ocupam de cuidar do ser humano (muito além do quadro específico, mais restrito, da psicanálise), oferecendo, assim, a possibilidade de edificação de uma ética do cuidado, a qual, necessariamente, ultrapassa o quadro estrito dos cuidados e do tratamentos psicanalíticos no seu sentido ortodoxo.

Este livro procura retomar os aspectos gerais da compreensão que Winnicott tem sobre o que é a *natureza humana*, na saúde e na doença, analisando sua relação com a tradição psicanalítica e as transformações epistemológicas que realizou ao propor que a psicanálise fosse uma *ciência objetiva da natureza humana*.

No capítulo 1, dedico-me à apresentação de três tipos de argumentação. Primeiro, procuro mostrar por que a obra de Winnicott pode ser considerada uma síntese bem-sucedida entre as descobertas da psicanálise e algumas concepções da fenomenologia e do existencialismo moderno. Segundo, procuro explicitar qual foi a redescoberta que ele fez da teoria psicanalítica do desenvolvimento emocional, não mais centrada na questão das relações de objeto impulsionada pela vida pulsional, mas focada na questão da dependência e dos diversos processos de integração do indivíduo. Terceiro, com o objetivo de colocar em evidência a especificidade inovadora de algumas das suas propostas (seja no que se refere à descrição de fenômenos que ainda não tinha sido vistos com tal clareza, seja na formulação teórica dos fenômenos que caracterizam o processo de desenvolvimento e os modos de ser-estar do ser humano, tanto na saúde quanto nas patologias), procurei fazer uma apresentação crítica de alguns verbetes específicos da sua teoria, como se fossem verbetes críticos de um dicionário. Creio que esse conjunto de argumentos pode fornecer uma primeira resposta à pergunta que dá nome a esta coleção (*Por que Winnicott?*), caracterizando-a, pois, como uma psicanálise existencialista.

No capítulo 2, apresento quais seriam os interesses do pensamento de Winnicott para as ciências psicológicas e para as não psicológicas.

Ao explicitar os aspectos gerais que orientam a sua prática clínica (seja em termos de suas diretrizes básicas, seja focando nos diversos tipos de patologias e nas especificidades de seus cuidados, ainda que seja uma exposição indicativa e não exaustiva desses problemas), procuro mostrar como Winnicott pode ser útil para psicoterapeutas, educadores, médicos, assistentes sociais e outros profissionais que dependem da interação inter-humana mediada pela vida emocional, bem como em qual sentido poderia ter interesse para algumas ciências não psicológicas, como a semiótica, as práticas educacionais, as práticas jurídicas, a sociologia, a filosofia, etc.

No capítulo 3, apresento uma análise que tem uma tonalidade diferente das anteriores, dado que está escrito num formato mais acadêmico, que prima pela defesa argumentativa documental, apoiada nas referências textuais do conjunto de autores e argumentos apresentados. Partindo da recusa que Winnicott faz da utilidade do conceito de pulsão de morte, considerando que este foi "o único erro de Freud", e que tanto Freud como Klein refugiaram-se nesse conceito (para explicar a origem da agressividade no ser humano e a compulsão à repetição) porque não tinham nenhuma ideia do que ele explicitou como sendo o *impulso amoroso primitivo*, procuro mostrar quais foram as alternativas que ele deu para solucionar esses problemas.

No capítulo 4, agrupei tematicamente algumas passagens dos textos de Winnicott, citando-as para que o leitor (não necessariamente familiar ou mesmo adepto da teoria psicanalítica) possa tomar como um estímulo para a tarefa de lê-lo e poder, por si mesmo, então, avaliar a sua proposta de compreensão e cuidado do ser humano.

No final, apresento tanto uma breve bibliografia da vida de Winnicott, marcando os principais acontecimentos da sua história, quanto um conjunto de referências bibliográficas, seja as que caracterizam a literatura básica (os livros de Winnicott) seja a secundária. A apresentação do conjunto de estudos, já publicados, dedicados à obra de Winnicott, como uma organização temática da literatura secundária, tem como objetivo fornecer um material que pode tanto informar quanto auxiliar o estudo desta obra, visando tanto o leitor que está começando a se interessar por este autor quanto aquele que procura perscrutar temas específicos, ainda que eu não vise fazer uma apresentação exaustiva dos estudos realizados.

Cabe ainda dizer que este livro tem muito mais o objetivo de informar do que de provar, como é mais comum nos textos acadêmicos, ainda que o capítulo dedicado à alternativa winnicottiana à pulsão de morte apresente um texto em diálogo com a literatura secundária e mais apoiado num conjunto de referências textuais que podem sustentar as hipóte-

ses ali apresentadas. Assim, o leitor encontrará textos com tonalidades e estilos díspares, bem como algumas repetições, dado que os capítulos e alguns subitens foram planejados para terem certa independência, mas todos compondo um mesmo objetivo, que é o de fazer uma apresentação da especificidade epistemológica, teórica e clínica da obra de Winnicott, na sua contribuição para o desenvolvimento das ciências.¹

¹ A obra de Winnicott será citada com base na classificação feita por Knud Hjulmand (2007), que também está sendo utilizada (ainda que de forma ampliada e atualizada) na publicação dos *Collected Works of Dr DW Winnicott* (2016).

Um psicanalista existencialista

Winnicott sempre afirmou sua posição em relação à tradição, reconhecendo que nenhum avanço na ciência se faz sem o conhecimento daquilo que já foi feito, caracterizando-se como alguém que é formado dentro da tradição psicanalítica e como um fruto dela. Mas o que isso significa? Em primeiro lugar, trata-se de compartilhar, com Freud, algumas de suas concepções básicas, tanto no que se refere à compreensão do que é a vida psíquica e/ou emocional quanto a um método para tratamento de doenças e sofrimentos que advêm de problemas emocionais. Essas concepções básicas pressupõem:

- que existam determinantes inconscientes (ou seja, que a consciência é apenas uma parte da vida psíquica e, mais ainda, uma parte que também é determinada por processos psíquicos inconscientes);
- que existe um processo que faz com que determinados elementos, que constituem essa vida psíquica e/ou emocional, sejam conscientes ou inconscientes;
- que a sexualidade infantil e o complexo de Édipo são elementos importantes na organização da vida psíquica dos indivíduos;
- que o tratamento por meios psíquicos (a psicoterapia) elaborado por Freud, a psicanálise, depara-se com dois fatos essenciais durante o processo de tratamento dos pacientes por esse método, a saber, a *transferência* (a ligação afetiva com o terapeuta) e a *resistência* (ao acesso dos determinantes inconscientes das doen-

ças ou sintomas de origem psicogênica).² Para ele, qualquer psicologia que desconsidere esses fatores é incompleta e fadada à explicação e ação inadequadas sobre os pacientes (ainda que isso não seja o suficiente).

Ao referir-se a Freud, Winnicott considera que ele nos deu um método, de tratamento e de pesquisa, que torna possível a todos fazerem as suas observações e comprovarem por si mesmos a adequação ou a imprecisão daquilo que ele observou. Winnicott está, por assim dizer, realmente nas mãos de Freud e o tem, por assim dizer, *nos seus ossos*, mas não está *sob o polegar de Freud*, não o trata como uma autoridade religiosa a quem se deve idolatria, mas o considera um homem de ciência, um gênio da ciência, que descobriu muitas coisas verdadeiras sobre a natureza humana, mas que também fez apreciações apenas introdutórias, intuitivas sobre fenômenos que ele não pôde perceber muito bem e, fato humano, tão fundamental que Freud também errou. Sobre um dos erros de Freud, Winnicott afirma que é um atraso para a psicanálise considerar a existência de uma pulsão de morte para explicar a origem da agressividade ou de uma compulsão à repetição (erro que ele gostaria de retirar dos ombros de Atlas de Freud).

Com Freud, a psicanálise pôde apresentar uma primeira teoria do desenvolvimento emocional, centrada na análise da administração da vida instintual ao longo de todas as fases da existência, reconhecendo, inicialmente, que existem quatro tipos de objeto com os quais o ser humano se relaciona (autoerótico, narcísico, homossexual e heterossexual), bem como quatro tipos de dinâmicas que caracterizam os modos como o ser humano se relaciona com esses objetos (oral, anal, fálico ou genital infantil e genital adulto).

Com o desenvolvimento da psicanálise, Abraham ampliou a compreensão das duas fases iniciais (oral e anal) e Melanie Klein, por sua vez, redescreveu o próprio processo de desenvolvimento, considerando não mais as fases descritas inicialmente por Freud, mas duas grandes dinâmi-

² É interessante que Freud tenha reconhecido nesses dois fatos a própria essência dos fundamentos teóricos e práticos da psicanálise, afirmando que qualquer um que partilhe do reconhecimento desses fatos pode dizer-se psicanalista, mesmo que chegue a conclusões diferentes das que ele chegou (1914d, p. 16). Trata-se de afirmar e reafirmar que é a relação humana que está na base do adoecimento e do processo de cura. Freud diz isso, ainda que de outra maneira, explicitando que o paciente se cura por amor ao analista (Nunberg, 1976, p. 123). Sendo assim, o que está na base da cura não é a técnica, mas uma maneira específica, humana e verdadeira, de lidar com o relacionamento do paciente com sua história, seus amores, seus ódios, seus traumas e sua relação afetiva com o psicoterapeuta. Esta concepção clínica é abraçada de forma radical (quer dizer, indo na sua raiz) tanto por Freud quanto por Winnicott, ainda que nem todos os psicanalistas e outros psicoterapeutas tomem a mesma postura, às vezes até mesmo evitando a ligação afetiva e empática com os pacientes no exercício de um "profissionalismo" ascético.

cas que lidam de forma diferente com os impulsos amorosos e destrutivos; duas formas diferentes de se relacionar consigo mesmo e com o mundo, que ela denominou posições: a posição esquizoparanoide, na qual o amor e o ódio são vividos em separado, referidos a referentes separados (seja no eu, seja nos objetos), e a posição depressiva, em que o amor e o ódio são vividos integrados, o eu tendo partes boas e más (amorosas e destrutivas) e os objetos amados e/ou odiados (também tendo partes boas e más, partes que constroem e partes que destroem etc.). Winnicott dirá que a descoberta que Melanie Klein fez, descrevendo a posição depressiva, equivale à de Freud, quando este descreveu o complexo de Édipo como um conjunto de acontecimentos infantis que organizam a vida psíquica e amorosa do ser humano.

Além disso, deve-se notar que uma teoria do desenvolvimento (explicitada em fases ou posições) também implica uma teoria sobre a origem dos problemas e/ou sintomas psicopatológicos, dado que são falhas ou problemas em uma determinada fase que determinarão tais e tais tipos de patologias; *grosso modo*, as psicoses são associadas às fases mais primitivas, e as neuroses, a fases mais tardias, quando o indivíduo já teria alcançado certa unidade num Eu.

A compreensão mais precisa e detalhada da teoria do desenvolvimento emocional apresentada por Freud e desenvolvida pelos pós-freudianos, bem como das origens das psicopatologias (associadas a esse processo de desenvolvimento), exigiria um aprofundamento maior do que posso fazer aqui, considerando o objetivo deste livro. O importante é reconhecer algumas balizas principais do pensamento psicanalítico e indicar a maneira como Winnicott, apoiado nelas, desenvolveu essa teoria e esse método de tratamento.

De modo geral, pode-se dizer que, após Freud, grande parte dos psicanalistas desenvolveu suas pesquisas com base num modelo ontológico de homem, dado por Freud, segundo o qual o homem é considerado como se fosse um aparelho, um aparelho psíquico, movido por forças (as pulsões) e uma energia (*quantum* de afeto ou libido). Nessa direção, foram descobertas muitas coisas importantes, dentre elas a importância dada à sexualidade infantil e à maneira como um ser humano experiencia e integra em si mesmo suas relações de amor e ódio com o casal parental (o que ficou sinteticamente enunciado com a expressão "complexo de Édipo").

Winnicott, ao dedicar-se a aplicar a teoria e o método de tratamento psicanalítico a seus pacientes, pôde comprovar a validade de muitas dessas descobertas, mas também descobriu que muitas das afirmações de Freud e de Klein não estavam de acordo com o que ele observava e, portanto, como ocorre em todo progresso científico, precisavam ser reformuladas para estarem mais de acordo com aquilo que seria a descrição mais precisa dos fatos. É interessante poder considerar a teoria como uma descrição sucinta dos fatos, ainda que nem toda teoria seja desse tipo. Nessa

direção, Winnicott fez duras críticas a Freud e a Klein, rejeitando o conceito de pulsão de morte (como inadequado para compreender a origem da agressividade e da compulsão à repetição) e reposicionando o lugar cronológico da experiência existencial, denominada complexo de Édipo, como também, dentre outras críticas, uma reavaliação da importância da sexualidade infantil e adulta na condição (motora) da existência e dos problemas humanos.

Dizendo de maneira mais sucinta e delimitando dois pontos para a continuidade de minha apresentação, que responde à pergunta *Por que Winnicott?*, saliento que Winnicott reavaliou e redescreveu o lugar e a importância da sexualidade e do complexo de Édipo nos processos saudáveis e patológicos do desenvolvimento emocional do ser humano. Sem deixar de dar um grande valor a esses dois fenômenos, Winnicott ampliou o conhecimento da natureza humana, reconhecendo outros problemas e outros fatores que constituem os seus impulsos e os seus modos de ser e de amar, seja na saúde, seja na patologia.

No que se refere ao complexo de Édipo, Winnicott afirmará que este é um fator essencial a ser considerado. Mas isso não é suficiente e nem tudo pode ser redutível ou enquadrado no cenário edípico. Ao ver que bebês podiam ficar doentes, psiquicamente doentes, muito precocemente, ele começou a duvidar que esse adoecer pudesse estar relacionado ao complexo de Édipo. Para Winnicott, o bebê nasce extremamente imaturo (emocional e cognitivamente) para poder reconhecer algo como mundo externo, que ele não pode amar, odiar, ter inveja, dado que para isso seria necessário que diferenciasse entre ele e os objetos, entre qualidade (ou coisas) que ele tem e as que os objetos (do mundo) têm, etc. Nesse sentido, somente depois de uma série de conquistas integrativas (pessoais e cognitivas) é que uma criança poderia ter condições de viver as suas relações emocionais no quadro do cenário edípico, o que seria muito saudável e mesmo constituidor (necessário) para a saúde emocional do ser humano. Dessa forma, o complexo de Édipo é um acontecimento a ser administrado quando o ser humano atingiu uma maturidade emocional.

A importância da sexualidade infantil – um dos fundamentos das descobertas psicanalíticas – também será redescrita por Winnicott. Para ele, a sexualidade corresponde a uma determinada maneira de viver a vida e as pressões instintuais (corporais); ela diz respeito à experiência de sentir essas excitações como sendo próprias ao indivíduo (advindo de dentro dele); mais ainda, esse modo de viver as excitações corporais implica tanto associá-las a determinadas fantasias sobre si mesmo, e sobre os objetos que podem satisfazer essas excitações, como a associação dessas excitações com efetivas transformações corporais (advindas dessas excitações), e ainda mais, implica a ligação de todos esses acontecimentos com objetos (parciais ou totais, de uma pessoa), que seriam aqueles elementos que poderiam atender à satisfação das excitações. Tudo isto não está

pronto no início; o bebê é imaturo e sente as pressões instintuais como advindas de fora dele mesmo. Essa constatação fará com que Winnicott também considere a sexualidade um modo específico de viver a vida instintual nas relações com os objetos, o que só poderá ocorrer depois de algum amadurecimento. Sendo assim, a sexualidade é também uma conquista do processo de desenvolvimento. Ironicamente, ao apontar para o fato de que há coisas na vida que são mais importantes e mais duradouras do que as pressões instintuais e seus prazeres a elas associadas, ele diz: "beijar é bom, mas um anel de diamantes dura para sempre"!

O complexo de Édipo e a sexualidade continuam a ser extremamente importantes para a compreensão da natureza humana, mas não só eles! Winnicott percebe isso ao deparar-se com problemas clínicos que não eram solucionáveis no quadro da psicanálise freudiana ou kleiniana, dentro do qual há pouco espaço para problemas que não dizem respeito à sexualidade e ao complexo de Édipo. Em sua clínica, encontrou pacientes que manifestavam problemas referidos ao fato de não se sentirem reais, de não julgarem que a vida valia a pena ser vivida, acreditando que a vida era fútil ou não era deles; pacientes que tinham grande dificuldade em confiar, de terem "fé em..." ou, nessa direção, de não terem esperança de encontrar algo na vida que pudesse entendê-los ou servir para eles, etc. E esses sintomas ou modos de sentir a vida não eram redutíveis ao quadro clássico enunciado por Freud.

Foi nessa direção clínica (inserido na sua área de conhecimento e de produção como homem de ciência) que ele elaborou uma teoria do desenvolvimento emocional do ser humano. Não só ele, mas diversos outros psicólogos e psicanalistas produziram avanços que ele acabou por articular no seu pensamento. Naturalmente, já citamos Freud e Klein, mas a estes devemos acrescentar uma lista significativa: Anna Freud, Spitz, Erikson, Jung, Bowlby, Fairbairn, Guntrip etc. O importante, ao retomar todas essas influências, é apontar para o fato de que Winnicott corresponde a um dos pensadores que contribuíram para o desenvolvimento de uma direção específica de compreensão do que é o ser humano, do que são os seus relacionamentos consigo mesmo e com o outro, do que são os seus problemas, do que são as suas patologias relacionais, etc. Ele também é um elo dessa longa cadeia de desenvolvimento da ciência, que levará a outros; um elo que também tem as suas falhas e imprecisões, e isto é importante ser apontado para que ele não seja estudado de forma religiosa, como um ideal inquestionável ou idealizado. Certamente há gênios no mundo da ciência, da arte etc., mas eles são homens, participam do eterno fazer e construir o mundo humano; são também eles constituidores de si mesmos e do mundo onde vivem.

Considerando, portanto, o horizonte conceitual e ideológico de sua época, não podemos deixar de salientar uma série de contribuições advindas do que ficou conhecido como a escola ou a perspectiva da *psicologia do*

ego (Hartman, Kohut, Kris, Loewenstein etc.), em diálogo com as descobertas de Freud, que focou sua preocupação e pesquisa na questão do desenvolvimento do ego como elemento central para explicar a constituição da saúde e dos distúrbios psicopatológicos.

Também em interação com a psicanálise, mas se afastando dela em termos epistemológicos, tivemos durante a primeira metade do século XX o desenvolvimento de algumas perspectivas clínicas na psiquiatria e na psicologia, na consideração de um modelo de homem e de ciência que tem na fenomenologia e no existencialismo seu ponto de partida para pensar o homem (a sua vida psíquica-emocional), sua natureza, sua saúde, suas patologias e seu tratamento. Considero que esta é uma influência que alterou de maneira radical e profunda o que é psicanálise como ciência e como método de tratamento. É sobre isso que gostaria de me deter agora com mais detalhes.

Em primeiro lugar, devemos responder à pergunta: o que é a fenomenologia em termos filosóficos e o que é a fenomenologia em termos dos derivados dessa filosofia nas práticas psiquiátrica e psicológicas de cuidados com o ser humano? Para isso, retomo um esclarecimento feito por Ellenberger, em um livro que talvez Winnicott possa ter lido:

O que é a fenomenologia e a análise existencial do ponto de vista clínico? Talvez seja conveniente começar esclarecendo o que elas não são. Ao contrário de um juízo corrente, não representam uma introdução desconcertante da filosofia no campo da psiquiatria. É verdade que existe uma corrente filosófica denominada Fenomenologia, fundada por Edmund Husserl, e que existe outra corrente filosófica, chamada existencialismo, cujos principais representantes são Kierkegaard, Jaspers, Heidegger e Sartre. Mas existe um abismo entre a fenomenologia filosófica de Husserl e a fenomenologia psiquiátrica de Minkowski, tal como entre a filosofia existencialista e o método psiquiátrico chamado análise existencial. Analogamente, existe um ramo da física que se ocupa da investigação dos raios X, assim como existe um ramo da medicina, a radiologia, que se ocupa da aplicação dos raios X para fins médicos. E, sem dúvida, ninguém considera que a radiologia médica seja uma intromissão desconcertante da física nos domínios da medicina. De modo parecido, os psiquiatras fenomenologistas e os analistas existenciais são psiquiatras que utilizam certos conceitos novos da filosofia como instrumentos da investigação psiquiátrica¹.

O que vai importar, para compreender essa influência, não é tanto o conjunto de fundamentos filosóficos em jogo, mas a maneira como esses fundamentos se tornaram operativos em algumas práticas psiquiátricas e psicológicas, a saber, como foram utilizados pela *Fenomenologia Psiquiá-*

¹ Ellenberger, 1958, p. 127.

trica, pela *Psicoterapia Existencialista* e pela *Daseinanalyse*. Não se trata de considerar que Winnicott fez uma importação direta de paradigmas ou de conceitos utilizados nessas práticas, mas de uma incorporação seletiva que, por sua vez, foi metabolizada por seu pensamento. Ao descrever o seu modo de incorporar o conhecimento e fazer suas próprias formulações, ele mesmo descreve seu modo de funcionar, que corresponde a um trazer para dentro de si aquilo que acha interessante e, depois, escrever a partir das compreensões que fez, da teoria e dos fenômenos (incluindo aqui as suas próprias observações); dessa forma, ao enunciar algo, já não sabia exatamente o que tirou e de onde. O importante para ele não era tanto a identificação da paternidade de uma ideia, mas a exatidão da sua possibilidade de descrever os fatos que tentava abordar.

Fiz, em outro lugar⁴, uma análise introdutória dessas influências, que não cabe aqui retomar na sua extensão. Destacarei, visando aos objetivos deste livro, o que considero ser as duas influências conceituais mais estruturais, que implicam transformações significativas de sua compreensão da natureza humana: a utilização da noção de *ser* e a de *false self* e *verdadeiro self*.

Essas duas noções revelam derivações importantes para o resto da teoria psicanalítica de Winnicott (por exemplo, sua concepção de saúde e a centralidade de sua noção de criatividade como fundamento do próprio ser etc.), ainda que outras possam ser apontadas. Irei ocupar-me, no entanto, de fazer um ou outro esclarecimento do sentido dado à noção de *ser*, explicitando o que o existencialismo moderno compreende como o modo de ser humano, díspar de outros entes existentes, bem como à noção de modo de ser autêntico.

Para Kierkegaard, o homem não é um dado, um móvel pré-fabricado, mas o que ele mesmo fizer de si, cabe a cada homem tomar uma decisão, mais do que isso, todo homem é obrigado a tomar uma *decisão* sobre o modo de vida (autêntico ou inautêntico) que ele experimenta na sua existência, fato que corresponde, na verdade, à própria estrutura da existência humana. Ou seja, a *angústia* e o *sentimento de culpa*, que caracterizam o ser humano, derivam da própria estrutura do modo de ser do ser humano, que é responsável pelas suas escolhas e por aquilo que ele é. Haveria, pois, duas origens para o sentimento de angústia: uma derivada dos acontecimentos da história afetiva de uma pessoa e outra da própria estrutura, do próprio fato de ser humano. A abordagem clínica dessas angústias deveria, pois, ser diferentemente encaminhada.

Heidegger propôs, como tarefa da filosofia, a compreensão do modo de ser do homem, como um dos modos do SER. Ele denominou esse modo específico de ser como *Dasein*, o *ser-aí*. Esse modo de ser-do-homem-no-mundo ocorre de uma maneira específica, que o faz ser dife-

⁴ Fulgencio, 2015a.

rente das pedras e dos animais. De uma maneira sintética e descritiva, a grande diferença e característica do *Dasein* em relação aos outros entes é que ele faz a si mesmo; é criador de si e do mundo no qual vive. A essência do *ser-ai* [*Dasein*] consiste na sua existência. Heidegger vai se referir de diversos modos à estrutura *Dasein*, caracterizando-a como *ser-com*, *ser-no-mundo*, *ser-junto-a*, *subsistir-por-si-conjuntamente*, *ser-um-com-o-outro*, *ser-para-a-morte* etc., querendo com essas expressões marcar que o homem *só-se-faz-no-mundo-com-outros-homens*, que o homem é o único que tem uma relação de compreensão do que é a finitude ao longo do tempo (passado, presente, futuro) refletida sobre si mesmo e sobre os outros homens e existentes que fazem parte da sua vida.

Essa perspectiva sobre o que é o homem será introduzida por Winnicott na psicanálise com a inserção da noção de ser, a qual será integrada com a noção freudiana de que nosso impulso básico existencial advém das pulsões. Na verdade, Winnicott fará uma mudança radical no modelo ontológico de homem para a psicanálise, colocando a necessidade de ser e continuar sendo como um fundamento da própria natureza humana. Enquanto Freud pensou a vida da alma (vida psíquica), utilizando um modelo, analógico, comparando-a com um sistema natural – a vida psíquica como se fosse um aparelho movido por forças e energias –, Winnicott afirmou, sem recurso a um pensamento analógico, que *o ser humano é uma amostra temporal da natureza humana*⁵; que a necessidade de ser e continuar a ser, e a suposição de uma tendência inata à integração constituem os motores básicos do desenvolvimento emocional. Que a vida instintual, o corpo (sempre presente), corresponde a um aspecto da existência que será integrado nessa linha mais essencial dada pela necessidade de ser. Como apontei anteriormente, a própria sexualidade será considerada uma aquisição do processo de desenvolvimento e não o seu fundamento.

Sobre essa experiência de ser, que constitui um fundamento ontológico, Winnicott salienta que ele se interessa mais em analisar a experiência, necessária, de ser a partir de si mesmo do que o conceito filosófico de ser. Para ele, o ser humano advém de um estado de não ser para adentrar no ser; esse ser significa ser a partir de si mesmo, sem ser puxado ou empurrado pelo mundo. Ele usa uma analogia, afirmando que é como se tivéssemos uma bolha dentro de outra (a bolha anterior é o ser, a expressão do verdadeiro self; e a exterior é o ambiente e tudo aquilo que é vivido como estímulo externo): se a pressão da bolha externa não for maior nem menor do que a da bolha interna, há sustentação ambiental e a bolha (o ser humano) pode ser a partir de si mesmo; caso contrário, o ser humano reage... e a reação aniquila o ser. Winnicott também usa essa analogia como a expressão do que ocorre na situação inicial, na qual a

⁵ Winnicott, 1988, p. 11.

mãe-ambiente sustenta o bebê, sem que o bebê tenha noção de que exista uma realidade não self.

Como um aspecto correlato a essa experiência, mas identificado por Winnicott como um problema clínico, temos o reconhecimento de pessoas que levam uma vida que elas mesmas sentem como não sendo a delas, como uma vida falsa, fútil ou mesmo sem sentido. A análise desses pacientes, e dos fenômenos aí envolvidos, levou Winnicott a formular a sua concepção de *falso* e *verdadeiro self*. Winnicott dirá claramente que essa não é uma concepção nova na literatura, que ele a retirou de alguns sistemas filosóficos, religiosos e da psiquiatria, parecendo plausível afirmar que se relaciona à fenomenologia e à posição de Kierkegaard.

Isso implica uma nova ontologia que, por sua vez, também estará associada a uma teoria da saúde e de como o homem adentra na vida cultural. Ser saudável, realizando o modo de ser do *Dasein*, é, para Winnicott, ser a partir de si mesmo, adaptando-se sem perda em demasia da espontaneidade. A entrada do homem na cultura se faz, por sua vez, como uma expansão desse modo de ser-com-o-outro, compreensível e descrito pelo que ocorre na ação da criança quando brinca, na qual cria e encontra o mundo, o outro e a si mesma; para Winnicott, essa ação leva ao mundo da cultura compartilhada e a encontrar-criar um lugar para viver de um modo que a vida valha a pena ser vivida.

Considerando, então, que Winnicott fez diversas redescrições do que apreendeu de outros intelectuais, e que ele as amalgamou com suas próprias observações, é possível encontrarmos uma série de análises das influências que recebeu. Sobre esse aspecto, é interessante lembrar de uma observação de Greenberg e Mitchell sobre a maneira como Winnicott trabalha com a tradição:

Winnicott conserva a tradição de maneira curiosa, em grande parte distorcendo-a. A sua interpretação dos conceitos freudianos e kleinianos é tão idiossincrática e tão pouco representativa da formulação e intenção originais deles a ponto de torná-las, às vezes, irreconhecíveis. Ele reconta a história das ideias psicanalíticas não tanto como se desenvolveu, mas como ele gostaria que tivesse sido, reescrevendo Freud para torná-lo um predecessor mais claro e mais fácil da própria visão de Winnicott⁶.

Nesse caminho, abre-se um verdadeiro canteiro de obras para uma longa série de pesquisas de história de desenvolvimento das ideias, a serem feitas ou finalizadas, relacionadas à influência de outros autores, além de Freud e Klein, sobre Winnicott (tais como Balint, Ferenczi, Bowlby, Bion, Lacan etc.). Na lista da literatura secundária, ao final deste livro, o leitor encontrará algumas referências desse tipo.

⁶ Greenberg & Mitchell, 1983, p. 139.

Sobre esse ponto, gostaria, ainda, de fazer uma observação metodológica, no que se refere a pesquisas que procuram integrar sistemas teóricos díspares, por exemplo, Winnicott e Lacan. Creio que toda pesquisa que procura fazer uma prática de sinonímia (tal coisa em Winnicott é tal coisa em Lacan) está fadada ao erro, dado que, em geral, não há, em linguagens díspares, correspondências exatas desse tipo; pesquisas que procuram fazer sínteses entre sistemas teóricos díspares são também um tipo de missão impossível, uma vez que entre linguagens diversas não há síntese possível, talvez a criação de uma nova língua, mas nunca uma síntese. Qual a maneira de fazer articular ou dialogar sistemas teóricos díspares? Considerando que uma teoria visa, em última instância, a descrever sucintamente os fenômenos, trata-se de poder compreender os fenômenos descritos por um determinado sistema teórico e, depois, perguntar ou verificar se um outro sistema viu ou considerou esses fenômenos; caso não o tenha considerado, fazê-lo, agora, usando a linguagem própria desse segundo sistema, e vice-versa, sem a intenção de síntese ou de importação.

Antes de me dedicar a esclarecer algumas das concepções centrais do pensamento de Winnicott – sua teoria do desenvolvimento emocional e, de maneira mais focal, a apresentação de alguns conceitos centrais do seu pensamento –, quero, ainda, fazer algumas referências à maneira como ele se refere ao que é o processo psicoterápico (seja este feito no quadro psicanalítico ou em *settings*).

O objetivo de toda psicoterapia é levar o paciente à autonomia para cuidar de sua vida, ou seja, conseguir fazer com que o paciente esteja apto para, ele mesmo, cuidar de suas dificuldades e alegrias. Winnicott se refere ao processo psicoterápico considerando que uma análise nada mais é do que uma anamnese prolongada feita pelo próprio paciente, uma relação humana simplificada, uma provisão ambiental para que o paciente possa encontrar a sustentação ambiental para retomar seu processo de amadurecimento.

Ao descrever o que ele considera as três fases de um processo psicoterápico (evidentemente isto corresponde a uma formulação apenas pedagógica, que não acontece exatamente como ele a está descrevendo), afirma: em primeiro lugar, o paciente precisa desenvolver uma confiança no processo psicoterapêutico, ou seja, uma confiança no psicoterapeuta, e isso se produz pelo fato, repetido, de o psicoterapeuta comunicar-se mostrando que compreende o paciente; depois, vem a fase na qual este experimenta a si mesmo, aos seus impulsos amorosos e destrutivos, na vida e na relação com o terapeuta; até que, ao final, o paciente conquista a possibilidade de viver espontaneamente, ainda que se adaptando ao mundo, considerando isso como natural.

Em outros momentos, o autor explicita três tipos de pacientes que chegam aos consultórios, indicando que para cada um é necessário um

tipo de cuidado ou *setting* específico, os quais, por sua vez, têm objetivos diferentes, ainda que todos eles se articulem com os objetivos gerais que descrevi acima. Teríamos, então,

- os pacientes que são integrados (numa unidade do sujeito psicológico) e que funcionam como pessoas inteiras, ou neuróticos, para os quais é necessário analisar suas relações interpessoais, em termos dos conflitos inconscientes e das angústias que derivam de seus conflitos;
- os recém-integrados, que oscilam em se sentir seguros em sua unidade recém-conquistada, que têm problemas de humor (são deprimidos) e precisam confirmar sua integração, testando a si e ao ambiente, fazendo com que o ambiente necessite sobreviver a essas suas experiências;
- e, por fim, aqueles que não se integraram ou se desintegraram, os psicóticos, que precisam ser sustentados pelo ambiente, de uma forma análoga à sustentação que a mãe-ambiente dá ao bebê.

Além desses tipos, Winnicott ainda ressalta duas formações sintomáticas específicas que exigem cuidados específicos:

- a dos pacientes com sintomas psicossomáticos (dentro dos quais também ele inclui os adictos), para os quais o que está em jogo é a procura da unidade de si mesmo, da união e da diferenciação de si mesmos com o mundo; e
- os pacientes com sintomas antissociais, que têm tal sintoma em função da situação de privação, ou seja, tudo estava bem até o ambiente falhar (retirar-se) deixando de ser confiável, sendo a atitude antissocial um tipo de SOS esperançoso, solicitando que o ambiente volte a ser confiável.

Nesses dois casos, trata-se também de fornecer uma sustentação ambiental para que a experiência de encontro consigo mesmo e de retomada da confiança no ambiente possa ocorrer.

Procurando, então, ser sintético na resposta à pergunta *Por que Winnicott?*, posso, agora, dar uma resposta parcial mais consistente: porque ele, como homem de ciência, apresenta uma compreensão e uma descrição do que é o ser humano, tanto no seu desenvolvimento saudável quanto no patológico, que torna mais eficiente os métodos de tratamento psicoterápicos, compartilhando em maior ou menor intensidade dos pressupostos teóricos da teoria psicanalítica, principalmente no que se refere aos efeitos que a relação humana pode ter como efeito curativo nos processos psicoterápicos (desde que adequadamente utilizada, lembrando, aqui, uma outra formulação de Freud: todos podem imaginar o que pode fazer um bisturi nas mãos de um médico incompetente!). Mais ainda, a maneira

como Winnicott explicitou o que é a natureza humana, o que é o modo de ser humano, faz com que estejamos mais aptos a levar nossos pacientes e nós mesmos a termos uma vida que vale a pena ser vivida!

A teoria do desenvolvimento emocional como uma teoria das relações de dependência

Winnicott procurou, durante toda a sua vida, fazer uma teoria do desenvolvimento emocional do ser humano, buscando descrever tanto o que ocorre na saúde quanto nas derivações patológicas, quando ocorrem problemas nesse desenvolvimento. Essa teoria dedicou-se a compreender desde a origem (a chegada do ser humano no mundo, no mundo do ser e no mundo dos homens) até o momento final, a última morte, quando o ser humano volta a seu estado de não ser. Ele centrou seus esforços em descrever como o ser humano progride de sua situação inicial – na qual é imaturo (afetiva e cognitivamente), não integrado (no espaço, no tempo, em si mesmo, em sua relação e unidade psicossomática) – para as diversas integrações que vão ocorrer ao longo de sua existência (chegando à diferenciação entre mundo externo e mundo interno, conquistando uma unidade do sujeito psicológico em termos de um EU SOU díspar de tudo que é Não Eu, estabelecendo-se e sentindo-se como uma pessoa inteira que se relaciona com os outros como pessoas inteiras). Sendo assim, passa-se da mônada inicial, na qual não há uma realidade não self até a possibilidade de compartilhar o mundo com os outros e ser um ser de cultura, até o momento final da morte, em que ocorre a última integração da história de um indivíduo, em que ele fecha o livro, último ponto de uma história, mas ainda ponto dessa história.

Enquanto Freud e Klein teriam pensado o desenvolvido focando apenas a questão do que é que o ser humano FAZ com os objetos de seu amor, de seu ódio, de seus relacionamentos, Winnicott introduziu a questão do ser ontologicamente anterior à questão do fazer. Todo FAZER, para ele, só tem sentido pessoal se houver, anterior a ele, a conquista da possibilidade e da experiência de SER. Se em Freud e Klein a teoria do desenvolvimento é pensada, descrita e classificada pelos modos de relações com os objetos (do desejo), em Winnicott há uma nova maneira de descrever essa teoria, centrada na relação de dependência que o ser humano tem do ambiente que o sustenta e é seu lugar, desde o início.

É nesse sentido que Winnicott descreve a sua teoria do desenvolvimento emocional como uma teoria da dependência, o que não tinha, até então, sido abordado pela psicologia. Pensando no lactente, ele dirá que há três grandes fases do desenvolvimento: a da *dependência absoluta* (até, aproximadamente, os quatro primeiros meses), a fase da *dependência relativa* (dos quatro primeiros meses até 1,5 anos, aproximadamente) e o

período *rumo à independência* (que começa depois da fase anterior e segue pela primeira infância, até aproximadamente os 6 ou 7 anos, percorrendo o período de latência, passando pela adolescência, pela primeira maturidade e seguindo até o envelhecimento e a morte final).

Retomando a caracterização das fases iniciais para salientar a importância da sustentação ambiental, é fundamental ressaltar o fato de o bebê humano só existir na sua dependência do meio em que vive, pois sem esse meio ele não tem maturidade para viver por si mesmo. As vezes Winnicott é enfático, afirmando que isso que chamam um bebê (enquanto uma entidade autônoma) não existe; o que sempre temos, nesse início, é sempre um bebê acompanhado, um amálgama mãe-bebê.

Fica evidente, pois, na sua perspectiva, que é na sustentação ambiental inicial, ou seja, no contato humano do ambiente adaptando-se às necessidades (instintuais e relacionais) dos bebês, que as primeiras integrações psicoemocionais ocorrerão (constituição de uma noção pessoal de tempo, de espaço, da experiência de si mesmo, do desenvolvimento da esperança ou fé de que há no mundo algo que pode ser interessante para si etc.). Para ele, a fase da *dependência absoluta* corresponde ao momento em que o lactente não tem meios de perceber o cuidado materno, que é em grande parte uma questão de profilaxia; o bebê pode assumir controle sobre o que é bem ou malfeito, mas apenas está em posição de se beneficiar ou de sofrer distúrbios. As psicoses, problema psiquiátrico dos mais graves, advêm, para ele, de falhas ambientais nessa fase inicial; logo, o cuidado (curativo ou profilático) desse tipo de problema implica a retomada, com maior ou menor intensidade, desse tipo de sustentação ambiental: diz-se que, nesse momento, a mãe sustenta o bebê, tal como o sistema hidráulico sustenta um ônibus!

A esse ambiente (mãe-ambiente, em geral) que se adapta às necessidades (instintuais e relacionais) dos bebês, possibilitando a ele ter suas necessidades atendidas sem que tenha noção de que existe um ambiente externo, Winnicott caracteriza e denomina como um ambiente suficientemente bom; ou seja, que se adapta, não perfeitamente, mas de uma maneira específica (a cada bebê) para que este tenha essa experiência de ser atendido num espaço de tempo razoável para ele (razoável quer dizer, que o bebê não fica desiludido e não perde a esperança de ser atendido).

Na continuidade dessa fase, conquistadas uma série de integrações cognitivas e emocionais, o bebê começa a perceber, vagarosamente, que nem tudo advém dele (antes ele tinha essa impressão porque o ambiente se adaptava de tal maneira que, para ele, tudo advinha como se fosse derivado de suas necessidades, sem o reconhecimento de alguma realidade não self), que há dissonâncias entre as suas necessidades e o atendimento dessas necessidades, e o ambiente começa a surgir, a ser percebido, ainda que de forma obscura. Nessa nova fase, denominada *dependência relativa*, o lactente pode se dar conta da necessidade de detalhes do cuidado ma-

terno, e pode, de modo crescente, relacioná-los ao impulso pessoal. Essa fase progride com o surgimento dos objetos e fenômenos transicionais (que nada mais são do que um modo de se relacionar com o mundo). Os objetos são criados e encontrados; ao mesmo tempo, a realidade interna e externa se junta e se separa, dado que os objetos transicionais [como um ursinho, por exemplo] não são uma realidade somente externa ou interna; eles são, paradoxalmente, internos e externos, e constituem aquilo que Winnicott denominou uma terceira área da experiência.⁷ É por essa passagem, à qual se acrescenta uma série de outros processos, que a criança chegará a integrar-se num EU SOU, que é diferente daquilo que a criança passa a reconhecer como Não Eu, ou seja, é nesse caminho que surgirá a realidade externa como tal, ao mesmo tempo em que surge o EU como tal.

Caberá ao ambiente não decepcionar a criança, não a forçar, fora do tempo, a reconhecer a realidade externa como tal; não lhe impor uma unidade para a qual ela ainda não está madura para assumir. Não se pergunta se o "ursinho" é real ou fantasiado! Problemas nessa fase podem gerar diversos distúrbios e sintomas psicopatológicos, tais como as depressões e as adições. Sendo assim, o cuidado (curativo ou profilático) desse tipo de problema implica a retomada, com maior ou menor intensidade, de sustentação ambiental: diz-se que, nesse momento, a pessoa ou pessoas (que constituem o ambiente) devem sobreviver às ações amorosas e destrutivas da criança (ou paciente): o ambiente deve sobreviver para poder cuidar! Sobreviver significa fazê-lo, em termos da qualidade afetiva e emocional do contato relacional.

Chegado a esse ponto, segue-se a fase na qual o indivíduo, agora em posse do seu EU (antes ele apenas sentia esse existir a partir de si, agora ele possui o eu identificando-o como um, separado das coisas; agora ele tem o EU), terá de integrar em si mesmo uma série de impulsos e sentimentos (a vida instintual, os impulsos amorosos e destrutivos advindos de si mesmo, a possibilidade de destruir e consertar o que foi destruído (o chamado ciclo benigno), a consolidação de uma série de valores pessoais

⁷ Cabe salientar que, para Winnicott, a entrada do homem na vida cultural corresponde a uma necessidade de expansão dos fenômenos transicionais ou, dizendo de outra maneira, da atividade criativa que caracteriza a relação com os fenômenos transicionais, denominada *brincar*. Diz Winnicott, salientando a importância e universalidade dessa ação (que parece caracterizar a própria humanidade): "É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral; e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (self)" (1971r, p. 80). Ou ainda, nessa mesma direção: "Em outros termos, é a *brincadeira* que é universal e que é própria da saúde; o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. O natural é o brincar, e o fenômeno altamente aperfeiçoado do século XX é a psicanálise" (1968i, p. 63).

e morais (aquilo que se pode chamar da interiorização da lei moral em si etc.), de modo que, ao final da primeira jornada dessa fase, o indivíduo chega ao *status* de ser e sentir-se como uma pessoa inteira, que se relaciona com os outros, também apreendidos como pessoas inteiras, tendo que administrar seus impulsos instintuais (suas excitações corpóreas) no quadro das relações interpessoais.

Depois disso, segue-se o período de latência, a adolescência, a maturidade, enfim, num retorno ao ciclo do desenvolvimento, a velhice (com uma eventual volta à fase da dependência relativa) e a morte. Olhando para o que ocorre com o lactente, Winnicott denomina esta fase de *rumo à independência* (de 1,5 anos para frente). Nela o lactente desenvolve meios para ir vivendo sem cuidado real, o que é conseguido através do acúmulo de recordações do cuidado, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado, com o desenvolvimento da confiança no meio (deve-se acrescentar aqui o elemento de compreensão intelectual, com suas tremendas implicações)⁸.

Dificuldades nessa fase geram problemas do tipo neurótico, ou seja, o indivíduo tem dificuldades de relacionamento interpessoal e de administração do amor e do ódio nas relações interpessoais. Para esse indivíduo, a solução dos problemas necessita uma análise do "mundo interior", de seus conflitos, das inibições etc. Neste último caso, o ambiente não funciona sustentando ou sobrevivendo, ainda que, necessariamente, isso aconteça, mas se trata de cuidar das relações interpessoais pelas relações interpessoais, ou seja, trata-se muito mais de encontrar pessoas com as quais o indivíduo possa retomar seus conflitos (seja para compreendê-los, seja para revivê-los, dando uma outra solução, que não a patológica, em que o indivíduo se encontra).

Esta apresentação muito sucinta e sintética da teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional tem na sua origem uma nova ontologia – centrada na necessidade de ser e continuar sendo, e na afirmação da existência de uma tendência inata para a integração – que, por sua vez, afirma a radical imaturidade (emocional e cognitiva) inicial do bebê, reintroduzindo a importância da sustentação ambiental tanto no início da vida como para toda a existência. A sua teoria do desenvolvimento descreve as diversas maneiras como o ser humano vive a sua dependência em relação ao mundo, situação que o define e o coloca ante problemas existenciais a serem administrados por toda a existência.

Talvez uma maneira de compreender esse desenvolvimento seja retomar o que ele considera como sendo a saúde:

A vida de um indivíduo não se caracteriza mais por medos, sentimentos conflitantes, dúvidas, frustrações do que por seus aspectos positivos. O

⁸ Winnicott, 1960c, pp. 45-46.

essencial é que o homem ou a mulher se sintam *vivendo sua própria vida*, responsabilizando-se por suas ações ou inações, sentindo-se capazes de atribuírem a si o mérito de um sucesso ou a responsabilidade de um fracasso. Pode-se dizer, em suma, que o indivíduo saiu da dependência para entrar na independência ou autonomia⁹.

Feita esta sucinta explanação, o leitor tem algumas diretivas básicas que o possibilitam seguir o seu caminho no estudo dessa teoria winnicottiana, retomando tanto o seu texto quanto os seus comentadores. É interessante apontar para o fato de que Winnicott não diz ter chegado a uma descrição exaustiva, completa, mas que toda descrição é válida e que todo pesquisador deverá consultar diversas delas, até chegar a uma posição pessoal.

Novos temas, novos problemas

Apresento, agora, comentários e esclarecimentos sobre alguns temas e compreensões novas que tornaram Winnicott conhecido, ou que mostram a singularidade de sua linguagem e a especificidade de sua abordagem. O leitor encontrará não só uma explicação, mas também uma série de citações e referências que poderão ajudá-lo no aprofundamento e na verificação dos temas comentados.

O ambiente e a mãe suficientemente boa (holding)

A adaptação suficientemente boa não significa perfeição, mas uma comunicação do ambiente (por meio de ações desse ambiente) que compreende e atende o bebê ou a criança na sua necessidade, num tempo adequado (que não excede o limite de tolerância de espera específico de cada bebê em cada momento). Trata-se de uma adaptação às vezes muito sutil, nunca mecânica e sempre variável no tempo e nas situações:

Este tipo de comunicação [inicial, entre a mãe-ambiente e o bebê] é silencioso. O bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade, que são registrados no decorrer do desenvolvimento. O bebê não sabe da comunicação, exceto pelos efeitos provocados pela *falta* de confiabilidade. É aqui que há a diferença entre perfeição mecânica e amor humano. Os seres humanos cometem muitos erros, e durante o tempo em que a mãe cuida do seu bebê ela continuamente corrige essas falhas. Essas falhas relativas, às quais se dá uma solução imediata, terminam por serem comunicadas e é dessa forma que o bebê acaba tomando conhecimento do sucesso. A adaptação

⁹ Winnicott, 1971f, p. 10.

bem-sucedida dá uma sensação de segurança e um sentimento de ter sido amado. [...] são inúmeras falhas, seguidas pelo tipo de cuidados que as corrigem, que terminam por constituir a comunicação do amor, sustentada sobre o fato de ali haver um ser humano que se preocupa. (Winnicott, 1987d, p. 98)

O tipo de comunicação ocorre pela sensibilidade e intuição da mãe, nunca sendo uma atitude protocolar ou a execução de uma técnica, ou ainda a aplicação de uma ordem ou um manual. Diz Winnicott sobre esse tipo de adaptação:

Desse modo a provisão natural é feita naturalmente para as necessidades da criança, o que significa um alto grau da *adaptação*. Explicarei o que quero dizer com esta palavra. Nos primórdios da psicanálise a adaptação só significava uma coisa, satisfazer as necessidades instintivas da criança. Muitos erros de interpretação se originaram da lentidão de alguns em entender que as necessidades de um lactente não estão confinadas às tensões instintivas, não importa quão importantes possam ser. Há um conjunto inteiro de desenvolvimento do ego do lactente que tem suas próprias necessidades. A linguagem aqui é que a mãe "não desaponta seu nenê", embora ela possa e deva frustrar no sentido de satisfazer suas necessidades instintivas¹⁰.

A preocupação materna primária

O estado inicial da mãe quando do nascimento do bebê e, aproximadamente, nos seus 3 a 4 meses seguintes corresponde ao que Winnicott denominou estado de *preocupação materna primária*: "O meio suficientemente bom começa por um alto grau de adaptação às necessidades individuais do bebê. A mãe é geralmente capaz por causa do estado particular no qual ela se encontra: é o que eu chamei de preocupação materna primária"¹¹.

O estado de preocupação materna primária corresponde a um modo de ser-estar da mãe em consonância com a possibilidade de se comunicar com o bebê, tanto para saber o que ele necessita, o que ocorre com ele, quanto para atendê-lo nas suas necessidades (tanto instintuais como relacionais) em um tempo em que ele não se decepçiona, ou seja, que não excede o seu limite de tolerância de espera, de modo que o bebê vive a satisfação da sua necessidade como se adviesse de si mesmo.

¹⁰ Winnicott, 1965r, p. 82.

¹¹ Winnicott, 1971f, p. 24. Veja também em *A preocupação materna primária* (1958n), especialmente p. 401-403. Sobre esse tema, consulte também 1960c, p. 52; 1996f, p. 78, 1971f, p. 24; 1996f, p. 236.

O momento de imaturidade inicial e os objetos subjetivos

No momento de imaturidade inicial, o bebê ainda não existe sem a sustentação do ambiente (a mãe-ambiente, por assim dizer). Do ponto de vista do próprio bebê, sua existência é tal que o ambiente também é ele mesmo, não havendo distinção entre uma coisa e outra. Do ponto de vista do observador, vemos uma mãe e um bebê, mas, da perspectiva do bebê, há uma única existência. É a essa situação de amálgama inicial que Winnicott chama de *narcisismo primário*. O bebê, diante dessa experiência que faz aparecer e desaparecer aquilo que satisfaz as suas necessidades, vive a ilusão de que a satisfação de suas necessidades é uma consequência que advém naturalmente de suas necessidades elas mesmas: "Se a mãe se adapta suficientemente bem, o bebê conclui que o mamilo e o leite são os resultados de um gesto produzido pela necessidade ou são consequências de uma ideia que veio montada na crista de uma onda de tensão instintiva"¹². É como se aquilo que satisfaz a necessidade fosse algo criado pela única coisa que existe... a criança, ela mesma! Tudo é satisfeito porque advindo dessa sua criação ou dos gestos espontâneos ou criativos. Da perspectiva do observador, é o ambiente que atende às necessidades do bebê, mas do ponto de vista do bebê, não há ambiente, há apenas ele e os objetos aparecem e desaparecem na exata medida da necessidade, como frutos da sua própria criação.

É por isso que Winnicott diz que o bebê vive, nesse momento, uma *ilusão de onipotência*,¹³ ou seja, o que ele encontra é, na verdade, uma criação dele (advém dele). Em outros termos, o bebê cria o seio que encontra: "O lactente experimentando a onipotência sob a tutela do ambiente facilitador *cria e recria o objeto*, e o processo gradativamente se forma dentro dele e adquire um apoio na memória"¹⁴. Esse seio que o bebê encontra é o seio de que ele precisa; é o seio da sua necessidade (se a mãe se adaptou adequadamente) e não exatamente o seio objetivamente dado; além de real, é um seio subjetivo (pois é uma construção do bebê, certamente sustentada pelo ambiente, mas permanece, para o bebê, como uma construção sua). O objeto com o qual ele se relaciona – nesse momento em que ocorre uma adaptação adequada do ambiente, fornecendo ao bebê o que está de acordo com as suas necessidades – é um *objeto subjetivo*, criado (do ponto de vista do bebê) por ele. Esse objeto subjetivo não é interno nem externo (dado que não há, ainda, a diferença interno-externo), tampouco

¹² Winnicott, 1988, p. 130.

¹³ Cf. Winnicott, 1988, p. 126, pp. 130-131; 1965j, p. 164; 1960c, p. 38, pp. 46-47; 1971f, p. 25; 1974, p. 73; 1965n, p. 56; 1964h, pp. 369-370; 1971g, pp. 101-102; 1965d, p. 154; 1984b, p. 125; 1955c, pp. 360-363; 1986h, p. 39; 1949m, p. 78; 1971h, pp. 49-50.

¹⁴ Winnicott, 1965j, p. 164.

o objeto *entre* uma coisa e outra, o objeto transicional; ele é o próprio bebê. Esclarece Winnicott:

O bebê é o seio (ou objeto, ou mãe etc.); o seio é o bebê. Isto está na ponta extrema da falta inicial de estabelecimento que o bebê tem de um objeto como não Eu, no lugar onde o objeto é 100% subjetivo, onde (se a mãe se adapta suficientemente bem e não de outra maneira) o bebê *experencia onipotência*¹⁵.

Esse conjunto de experiências – que dizem respeito à geração de um tempo e um espaço subjetivo no qual o bebê vive, que articula os acontecimentos corporais com determinados sentidos e com registros existenciais que dão certos coloridos semânticos às vivências corporais, que dão a ilusão (para o bebê) de que ele está criando aquilo que satisfaz suas necessidades, redundando na própria experiência do criar (uma vez que essa ação ou gesto criativo é algo que faz parte do bebê e não do ambiente) – constitui um tipo de integração do bebê, na qual as experiências são vividas.

Nesse momento no qual o bebê, não sabendo nada de si mesmo, não tendo maturidade (nem emocional nem cognitiva) para saber o que necessita, quer algo para atender às suas necessidades e estas são atendidas pela adaptação ambiental suficientemente boa (que fornece ao bebê o objeto adequado à sua necessidade), surge, para o bebê, um objeto que deriva dele mesmo e, por isso, Winnicott o denomina objeto subjetivo. Não é um objeto alucinado, representado ou imaginado, mas um objeto derivado das necessidades do bebê (ao menos é essa a experiência que supomos que ele esteja tendo) e, por isso, denominável de *objeto subjetivo*.

Esta é uma das grandes novidades propostas por Winnicott. Trata-se de um tipo específico de objeto, que surge num mundo em que não existe propriamente “o bebê e os objetos que são não bebês”, num mundo em que os objetos são também o bebê.¹⁶ Poder-se-ia fazer uma crítica aos que consideram Winnicott um teórico das relações de objeto – especialmente Greenberg & Mitchell (1983) –, dado que o objeto subjetivo não seria mais um objeto (não há, no caso dos objetos subjetivos, um sujeito que se relaciona com um objeto, como dois aspectos ou elementos distintos da realidade: A se relacionando com B). Sendo assim, Winnicott não seria propriamente um teórico das relações com os objetos, no sentido que foi dado a essa expressão na história clássica da psicanálise, mas, sim, um teórico das relações com o ambiente.

¹⁵ Winnicott, 1972c, p. 150.

¹⁶ Cf. Winnicott, 1965n, p. 56; 1965j, pp. 168-172; 1988, pp. 121-135, pp. 147-151; 1971b, p. 12; 1971l, p. 177; 1971va, p. 140.

A elaboração imaginativa

A elaboração imaginativa¹⁷ é um modo de dar sentido e valor aos acontecimentos existenciais, pela memória existencial ou pela administração existencial pessoal e pelas relações inter-humanas. Inicialmente, ela é uma capacidade inata – desde que exista um sistema nervoso que possa servir de base de sustentação para sua realização, logo, uma criança anencefálica não teria essa capacidade – que registra, diferencia e organiza o que ocorre com o corpo. Com base nessa elaboração inicial, surge uma psique. Diz Winnicott a respeito: “A psique se forma a partir do material fornecido pela elaboração imaginativa das funções corporais (que, por sua vez, depende da saúde e capacidade de um órgão específico – o cérebro)”¹⁸. Em outro momento, ainda nessa mesma direção, ele afirma:

Suponho que a palavra “psique”, aqui, significa elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticas, ou seja, da vitalidade física. Sabemos que essa elaboração imaginativa depende da existência de um cérebro saudável em funcionamento, especialmente de certas partes do mesmo¹⁹.

Mas, se por um lado, a elaboração imaginativa dá origem à psique, por outro, ela funciona como a própria psique, sendo responsável pelo próprio surgimento da vida psíquica: “A princípio trata-se de necessidades corporais, que gradualmente transformam-se em necessidades do ego à medida que da elaboração imaginativa das experiências físicas emerge uma psicologia”²⁰. Em outro texto, Winnicott explicita:

A parte psíquica da pessoa ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com relacionamentos mantidos com o mundo externo. Emergindo do que se poderia chamar de elaboração imaginativa das funções corporais de todos os tipos e do acúmulo de memórias, a psique (especialmente dependente do funcionamento cerebral) liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo²¹.

¹⁷ Referências à elaboração imaginativa, cf. Winnicott 1953c [1951], p. 317; 1954a, p.333; 1955c, 1958n, p. 403; p. 362; 1965n, p. 59; 1965vf, p. 25; 1988, p. 58, pp. 69-70.

¹⁸ Winnicott, 1988, p. 70.

¹⁹ Winnicott, 1954a, pp. 333-334.

²⁰ Winnicott, 1958n, p. 403.

²¹ Winnicott, 1988, p. 46.

Jan Abram considera a elaboração imaginativa e a psique dois nomes para a mesma coisa:

Na obra de Winnicott, a "psique" é descrita como a "elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticas", o que muitas vezes se apresenta como sinônimo de "fantasia", "realidade interna" e self.²²

Assim, podemos dar dois sentidos à elaboração imaginativa: um processo ou ação que leva à própria constituição da psique e a psique ela mesma, na sua função de administração da existência humana.

No princípio, a elaboração imaginativa é uma atividade inata que registra, cataloga e diferencia os acontecimentos corporais (*elaboração imaginativa das funções corporais*). No entanto, no curso do processo de desenvolvimento emocional, tornar-se cada vez mais complexa, considerando-se *elaborações imaginativas dos acontecimentos existenciais* *desejar, sonhar, devanear, criar, brincar*, bem como *reagir aos problemas existenciais* (o que, classicamente, engloba os *mecanismos de defesa*).

Winnicott também se refere à *tendência inata à integração* como a atividade que registra, cataloga e diferencia os acontecimentos corporais.²³ A elaboração imaginativa corresponde, portanto, a uma maneira de registrar e administrar os acontecimentos existenciais dando valores a eles, de acordo com os modos de ser-estar no mundo do indivíduo, uma atividade que, nos seus diversos níveis de realização, fornece um colorido semântico para a existência, na relação consigo mesmo e com os outros.

A *tendência inata à integração*, a *necessidade de ser e continuar sendo*, e a *elaboração imaginativa* designam, cada um à sua maneira, o fundamento e o impulso existencial que caracterizam, ôntica e ontologicamente, o modo de ser do ser humano (o *Dasein*); ou seja, determinam como o ser humano é impulsionado a existir e a dar sentido a si mesmo, ao que ocorre com seu corpo e a seus modos de relacionar-se com os outros e o mundo em que vive (mundo que, por sua vez, também é criado, ou seja, é significado por esse mesmo ser humano, por esses processos acima descritos).

A criação do mundo pelo ser humano é a característica essencial do modo de ser humano; ele é o único ser que cria o mundo no qual vive.²⁴ Isso ocorre pela elaboração imaginativa da existência. Winnicott se refere a esse fato:

²² Abram, 1996, p. 187, verbete psique-soma.

²³ Winnicott, 1965n, p. 55 e p. 59.

²⁴ Heidegger, 2003[1983], pp. 205-208.

O mundo é criado de novo por cada ser humano, que começa o seu trabalho no mínimo tão cedo quanto o momento do seu nascimento e da primeira mamada teórica. Aquilo que o bebê cria depende em grande parte daquilo que é apresentado, no momento da criatividade, pela mãe que se adapta ativamente às necessidades do bebê²⁵.

Dar sentido aos acontecimentos corporais, fantasiar, desejar, criar e encontrar a si mesmo e ao outro, bem como projetar, introjetar, identificar, amar, odiar, e ter um lugar para viver são modos de elaboração imaginativa do existir humano; são expressões da tendência inata à integração; são o exercício e os modos de exercício da necessidade de ser e continuar sendo, ou seja, do modo de ser do ser humano.

Ao considerar o termo fantasia sinônimo de elaboração imaginativa das funções corporais (ainda que, num momento posterior, mais maduro do processo de desenvolvimento, a fantasia tenha um sentido mais amplo, associado a outros mecanismos representacionais, projetivos e introjetivos), Winnicott dirá que esta (a fantasia, a elaboração imaginativa) se desenvolve tornando-se cada vez mais complexa em seu funcionamento. Ele classificará (ainda que saiba ser uma classificação artificial) o que faz a elaboração imaginativa (a atividade de fantasiar, no sentido mais amplo do termo) para dar sentido e valor ao mundo e a si mesmo no mundo, ao longo do processo de desenvolvimento:

- Simples elaboração da função [corpórea].
- Discrição entre: antecipação, experiência e memória.
- Experiência em termos da memória da experiência.
- Localização da fantasia dentro ou fora do si mesmo, com intercâmbios e constante enriquecimento entre ambos.
- Construção de um mundo interno, ou pessoal, com um sentido de responsabilidade pelo que existe e ocorre lá dentro.
- Separação entre consciência e inconsciente. O inconsciente inclui aspectos da psique que, de tão primitivos, nunca se tornam conscientes, e também certos aspectos da psique ou do funcionamento mental que se tornam inacessíveis à consciência pela defesa contra a ansiedade (ao que se chama de inconsciente reprimido).²⁶

O psique-soma e a mente

Para Winnicott, a distinção entre o corpo e a mente, como entidades distintas, é um erro terminológico e conceitual, ainda que tais termos se-

²⁵ Winnicott, 1988, pp. 130-131.

²⁶ Winnicott 1958], pp. 10-111.

jam usados na linguagem cotidiana, na ciência eles são imprecisos ilusórios, dado que para ele a mente não existe enquanto uma entidade, e muito menos ainda uma entidade que se oponha ao corpo (seja numa concepção onde um agiria sobre o outro em ordem inversa de atividade e passividade, num dualismo psicossomático, seja numa concepção de paralelismo psicossomático, onde ambos são ativos ou passivos ao mesmo tempo, mas de forma paralela, incomunicáveis). A psicossomática e as terapias físicas, formuladas com base nessa distinção entre o corpo e a alma, estariam à deriva, dado que elas obscurecem (em função de uma linguagem falsa) quais são os fenômenos que se opõem na realidade fenomênica.

É certo que num corpo sem sistema nervoso, numa criança anencefálica, temos apenas o soma funcionando, a carne que, mesmo sendo viva, não carrega consigo nenhum outro sentido ou significado, o soma sem nenhuma dimensão psíquica que possa lhe ser associada. No entanto, basta um rudimento (que não temos como saber em que medida) de sistema nervoso em funcionamento para que ao soma seja associada alguma outra dimensão, alguma coisa que ultrapassa as dimensões do soma puro (tal como na criança anencefálica), dando a este corpo-vivo sentidos e significados, sejam estes de que tipo forem. Isto que daria sentido, daria um colorido semântico ao soma – constituindo-o, então, como um soma acrescido de coloridos semânticos; é o que Winnicott considera, desde o início da existência, como sendo a “*elaboração imaginativa*” (no início, caracterizável como sendo a *elaboração imaginativa das funções corporais* e, no seu desenvolvimento, de forma cada vez mais complexa incluindo ações tais como fantasiar, imaginar, desejar, sonhar etc., designável como sendo a *elaboração imaginativa de todos os acontecimentos existenciais*) –, corresponde ao que Winnicott considerou ser a psique²⁷: “[a psique] significa *elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticas*, ou seja, da vitalidade física”²⁸.

Esta unidade psicossomática, tal como Winnicott a caracteriza, corresponde pois a um amálgama impossível de ser separado empiricamente, mas possível de ser referido conceitualmente (ou teoricamente) como sendo a psique e o soma. Uma metáfora pode aqui nos ajudar, dando um conteúdo empírico a essa concepção; tomemos o soma como sendo um copo de água, e a psique como sendo um vinho vertido nesse copo d’água. Uma vez misturados, jamais poderemos desfazer essa mistura, ainda que possamos falar do vinho e da água no copo.

²⁷ Ainda que possa haver controvérsias e seja difícil bem caracterizar, clara e distintamente, os referentes desses termos ou expressões, creio que é possível afirmar que a *continuidade de ser*, a *tendência inata à integração*, o *Ego* e a *elaboração imaginativa*, todos eles têm sentidos próximos, talvez sinônimos (dentro de determinados pontos de vista), caracterizando esse processo de dar sentido a si mesmo e aos relacionamentos inter-humanos e à vida social.

²⁸ Winnicott, 1954a, p. 333.

Tomemos, então, para o objetivo deste esclarecimento (sobre quais são os referentes empíricos dos termos *psique*, *soma* e *mente*), o fato de que a existência é psicossomática e tentemos, a partir dessa constatação empírica de que a existência é indissociavelmente psicossomática, compreender o que é a mente.

Ao procurarmos exemplos que possam esclarecer o que é essa unidade psicossomática, podemos pensar em fatos simples, tais como respirar, dormir, nadar, apaixonar-se, enfurecer-se etc., tudo isso acontece, por assim dizer, *de corpo e alma*. Não podemos dizer que é o soma, a *psique*, o corpo, a mente, enquanto entidades com existência diferenciadas, que faz essas ações, mas sim que estas são ações da unidade psicossomática.

No entanto, mesmo que não seja possível separar empiricamente um aspecto de outro, podemos, por exemplo, no campo do desenvolvimento, ocuparmo-nos do desenvolvimento físico (como fazem os médicos pediatras) e, noutra perspectiva, do desenvolvimento emocional (como fazem os psicólogos).

O desenvolvimento emocional corresponde, pois, a tudo aquilo que é para além do corpo físico ele mesmo, envolvendo uma série de modos de funcionamento e existência, tais como sentir, recordar, representar, imaginar, desejar, fazer operações lógicas, contar até 10, criar das mais diversas maneiras etc. Winnicott toma, então, o desenvolvimento emocional como sinônimo de desenvolvimento psíquico, considerando que a vida psíquica pode realizar-se de diversas maneiras.

Assim, podemos dizer que a *psique* corresponde às diversas maneiras como a elaboração imaginativa pode dar sentido e operar sobre os fatos da existência do indivíduo (sejam fatos físicos, emocionais, incluídos aí todos os fatos metafísicos [ainda que a expressão pareça ser contraditória em si mesma], todos os fatos individuais e/ou sociais). O que existe, enquanto entidade empírica, é a unidade *psique-soma*; sendo a *psique* o nome dado àquela parte da unidade psicossomática que se ocupa em dar sentido e estabelecer relações do indivíduo com ele mesmo e com o mundo (coisas e pessoas, aí incluídas).

Dando mais um passo na direção de distinguir os diversos modos de funcionamento da *psique*, parece evidente a distinção entre o fato de respirar na vida ordinária, como acontecimento em relação ao qual parece não estar ocorrendo nenhuma ação deliberada do indivíduo, e o fato de expirar-inspirar quando um médico nos ordena "diga 33". Também há uma diferença significativa entre o modo de funcionamento do ser humano quando ele prepara uma lista (por exemplo, uma lista de supermercado) e quando descansa, num estado de preguiça (ainda que acordado), deitado numa rede. Tais distinções tornam possível afirmar que a *psique* pode funcionar de diversas maneiras, em diversos regimes, por assim dizer, e que, para Winnicott, o modo de funcionamento mental, ou a mente ela mesma, seria um desses modos.

Retomando a maneira como Winnicott define a mente: "A mente, então, será apenas um caso especial do funcionamento do psicossoma"²⁹. Ela seria um modo de ser e funcionar específico da psique, no funcionamento da unidade psicossomática. Usando uma metáfora (imprecisa e limitada, como toda metáfora), a mente seria como uma identidade pontual e operativa da unidade psique-soma, um "personagem" que toma conta (operativamente) do modo de funcionamento da unidade psicossomática que é o indivíduo. Usando uma metáfora, é como se tivéssemos um guarda-roupa com muitas opções para que o indivíduo "vista" essa ou aquela, segundo as circunstâncias: uma roupa para fazer listas, outra para encontros amorosos, outra para devanear, outra para tocar piano de forma espontânea e intuitiva etc. A mente ou o modo de funcionamento mental, seria um desses modos de funcionamento específico da psique, para realizar determinadas operações e/ou ações.

Na saúde, temos uma diversidade de possibilidades de modos de ser da psique, mas em situações patológicas, ocorre um tipo de tomada de poder por um desses modos e, especialmente, no que se refere ao funcionamento mental, pode ocorrer de ele se sobrepor e dominar todos os outros modos de funcionamento. É por isso que Winnicott afirma que, na saúde, a mente não usurpa o lugar da psique: "Na saúde, a mente não usurpa as funções do ambiente. Ela permite que ocorra a compreensão e por vezes até mesmo a utilização de suas falhas relativas"³⁰.

É coerente com esse modo de distinguir esses fenômenos dizer que a psique está presente desde a origem da unidade psicossomática, ou seja, desde algum momento depois da concepção mas ainda no útero, e que o bebê nasce, pois, com uma psique. Esta, nesse início, corresponde apenas ao colorido semântico dado às experiências corporais. Winnicott diz, nesse sentido, que, no início, a psique se confunde com o soma, ou seja, a vida psíquica corresponde ao colorido semântico dado às experiências corporais. Os modos mais elaborados de funcionamento da psique (ou da elaboração imaginativa) serão desenvolvidos, criados, constituídos ao longo do processo de desenvolvimento, nas suas diversas fases.

Também nessa mesma direção podemos dizer que a mente terá a sua origem no processo de desenvolvimento, seja na saúde seja na patologia; sendo que na saúde ela surge em harmonia com os cuidados e as falhas ambientais, ocupando-se momentaneamente de algumas operações que tornam possível sanar certas falhas ambientais e/ou explicá-las; enquanto que na patologia, quando o ambiente falha numa medida que ultrapassa a possibilidade de tolerância da criança, ocorre uma quebra

²⁹ Winnicott 1954a, p. 333.

³⁰ Winnicott, 1954a, p. 336.

na continuidade de ser, e a mente pode passar a ter de ocupar-se do ambiente e, por fim, acabar por usurpar o lugar da psique na unidade psicossomática.

Os objetos e os fenômenos transicionais: entre o mundo interno e o externo

O bebê vive, inicialmente, no mundo subjetivo, habitando uma área de ilusão, sustentado ativamente pelo ambiente. A desilusão homeopática (ou seja, na medida de cada bebê) tornará possível tanto a continuidade daquelas tarefas e conquistas iniciais (temporalização, espacialização) quanto, se tudo corre bem nesse processo contínuo (mas não linear de integrações), as condições para que um novo passo decisivo possa ser dado no desenvolvimento.

Na continuidade do desenvolvimento, com a conquista das integrações que advêm da sustentação ambiental adequada ao processo de desilusão, ocorrerá o surgimento de algo que, em certo sentido, materializa, num objeto, a área de ilusão na qual o bebê continua habitando. Esse objeto é, ao mesmo tempo, *criado* pelo bebê (para atender à sua necessidade) e fornecido ou encontrado no ambiente: o objeto transicional. Diferentemente, no entanto, do objeto subjetivo, que também é criado e encontrado, o objeto transicional tem uma permanência existencial que não é delimitada pela necessidade, ou seja, ele não se desvanece com o fim da necessidade, apresentando-se como algo que existe sem ser interno, tampouco externo, tanto fora como dentro do indivíduo. Sinteticamente: o objeto transicional tem uma permanência existencial, no tempo, que ultrapassa o breve momento da necessidade, ele pode, então, ser possuído (a *primeira posse*, como diz Winnicott).

A área de ilusão na qual o bebê vive subjetivamente (com seus objetos subjetivos) é, agora, desde que o ambiente continue fazendo a sua parte (ou seja, adaptando-se às necessidades do bebê ou da criança, sem quebra da continuidade de ser), habitada por outro objeto. Em outros termos, essa criação do bebê *encontra* objetos que têm existência para além da sua criação subjetiva: o objeto *criado* subjetivamente é também *encontrado* na realidade objetiva. A esse respeito, Winnicott afirma:

Do objeto transicional, pode-se dizer que se trata de uma questão de concordância, entre nós e o bebê, de que nunca formulemos a pergunta: Você concebeu isso ou lhe foi apresentado a partir do exterior? O importante é que não se espere decisão alguma sobre esse ponto. A pergunta não é para ser formulada³¹.

³¹ Winnicott, 1953c, p. 28.

É importante salientar que, mais importante do que o objeto, é o modo como o indivíduo se relaciona com a realidade: "Não é o objeto que é transicional. Ele representa a transição do bebê de um estado em que este está fundido com a mãe para um estado em que está em relação como ela como algo externo"³².

Esse objeto tem a característica de ser, por um lado, algo que tem extensão e/ou qualidades empíricas específicas (cor, maciez, sonoridade etc.), e por outro, é uma criação de importância afetiva para a criança. Não é totalmente uma criação subjetiva da criança nem algo que existe independentemente dela; é algo que está *entre* o mundo subjetivo e o objetivamente dado, separando e unindo esses mundos.

O objeto transicional é usado tal como se fosse a mãe, no lugar da mãe, fazendo as vezes dela, desde que esta seja efetivamente uma presença para a criança. Essa presença quer dizer tanto uma presença física como uma certeza de que a mãe não desapareceu (ou seja, ela pode estar ausente fisicamente, mas por um período de tempo *x*, no qual a criança pode manter a presença da mãe mesmo na sua ausência física; para além desse tempo a mãe morreu). O objeto transicional é símbolo da mãe, substitui a mãe, mas num sentido específico, no qual o faz na presença da mãe.³³

No entanto, se a mãe morre (quer dizer, desaparece por um tempo maior do que o suportável para mantê-la viva ou presente), a importância do objeto transicional é inflacionada até a morte afetiva desse objeto (valor zero, nenhum interesse, indiferença pelo objeto). Ele deixa de ser a mãe criada/encontrada/materializada num objeto, passando a ser algo externo e sem valor para a criança;³⁴ ou, então, num sentido oposto, mas patológico, numa tentativa de negar a morte da mãe, ele transforma-se num objeto fetiche ou em um objeto que substitui a mãe morta, supervalorizando o objeto como sendo a mãe, na tentativa de reencontrar a mãe que desapareceu *para sempre*, na sua perspectiva (ou seja, para além da dimensão de tempo subjetivo que pode considerar presente aquilo que está ausente; para além desse tempo não há tempo e tudo é para sempre).

A vantagem em ter o objeto transicional, que faz as vezes da mãe, é que esse objeto pode ser usado de uma maneira que a mãe não pode ser; ele pode, por exemplo, ser colocado no bolso.

O objeto transicional está na raiz do símbolo e também da cultura. A natureza humana, na sua vertente cultural, nada mais é do que a expansão desse espaço no qual tem origem o objeto transicional. Diz Winnicott:

³² Winnicott, 1953c, p. 30.

³³ Winnicott, 1953c, p. 19.

³⁴ Winnicott, 1953c, p. 24.

"Para mim, o brincar conduz naturalmente à experiência cultural e, na verdade, constitui o seu fundamento"³⁵.

A compreensão dos tipos de organização psicopatológica

Winnicott reformula a classificação nosográfica do ponto de vista da psicanálise, referindo-se a diversos modos de ser, utilizando vários critérios para caracterizar as organizações afetivas e relacionais. Já comentei o fato de ele introduzir uma noção de *saúde*, mencionando um modo de ser no qual o indivíduo sente que sua vida é real, pessoal, em relação com o outro e com a vida cultural, de uma maneira que o indivíduo saudável se adapta ao mundo sem perder, em demasia, a sua espontaneidade, podendo responsabilizar-se por seu estar-no-mundo, tanto nos seus sucessos quanto nos seus fracassos. Esse estado de saúde define a neurose e, mais evidentemente, a psicose.

A neurose, para Winnicott, é fruto da rigidez dos mecanismos de defesa do ego contra as angústias que surgem das dificuldades que pessoas inteiras encontram na administração dos instintos nas relações interpessoais.³⁶ Essas relações são marcadas pelo cenário edípico e pelos conflitos, que surgem da integração dos aspectos amorosos e destrutivos de si mesmo e dos outros com os quais a pessoa se relaciona Winnicott.³⁷ Ainda que, para Winnicott, a neurose não seja propriamente uma doença, pode se apresentar, dependendo do grau de comprometimento do indivíduo, como uma patologia:

A neurose propriamente dita não é uma doença, e deveríamos pensar nela em primeiro lugar como um tributo ao fato de que a vida é difícil. Diagnosticamos neurose e anormalidade somente quando o grau de perturbação está incapacitando a criança, incomodando os pais ou sendo inconveniente para a família³⁸.

Winnicott procura estabelecer uma diferença pedagógica entre neuróticos e psicóticos, seguindo a distinção clássica que considera que, tendo alcançado uma integração que caracteriza uma pessoa inteira, o neurótico tem uma perturbação na sua vida relacional interpessoal, enquanto o psicótico não alcançou ou perdeu essa integração e tem perturbações na estrutura da sua personalidade. Em *Natureza Humana*, Winnicott esclarece que os neuróticos têm problemas com o viver, já os psicóticos lutam

³⁵ Winnicott, 1971g, p. 147.

³⁶ Winnicott, 1967b, p. 137.

³⁷ Winnicott, 1988, Parte II.

³⁸ Winnicott, 1958m, p. 420.

para chegar à vida para poder vivê-la a partir de si mesmos: "Suas dificuldades e problemas são especialmente aflitivos. Por não serem inerentes, não fazem parte da vida, e sim da luta para alcançar a vida – o tratamento bem-sucedido de um psicótico permite que o paciente *comece* a viver e comece a experimentar as dificuldades inerentes à vida"³⁹.

Numa de suas tentativas de discriminar a neurose da psicose, ele declara:

Acho-me, portanto, descrevendo a psicose e distinguindo-a de outros estados psiquiátricos. Naturalmente, em psiquiatria não existem fronteiras claras entre estados clínicos, mas a fim de chegar a algum lugar, temos que fingir que existem. A alternativa principal à psicose é a psicose. Digamos que, na psicose, há um transtorno que envolve a estrutura da personalidade. Pode-se mostrar que o paciente não se acha desintegrado, ou irreal, ou fora de contato com seu próprio corpo ou com aquilo que nós, como observadores, chamamos de realidade externa. Os problemas do psicótico são desta ordem. Em comparação, na psicose, o paciente existe como uma pessoa, é uma pessoa total, que reconhece objetos como totais; acha-se bem-alojado em seu próprio corpo e a capacidade de relacionamentos objetivos está bem-estabelecida. Desde esse ponto de vista, o paciente encontra-se em dificuldades, e estas surgem dos conflitos que resultam da experiência dos relacionamentos objetivos. [...] Temos aqui dois conjuntos de crianças, aquelas cujos estágios mais iniciais do desenvolvimento foram satisfatórios e que tiveram problemas a que damos o nome de psicose, e aquelas cujos estágios mais iniciais de desenvolvimento são incompletos e esta qualidade domina o quadro clínico. Assim, o importante a respeito da psicose é que ela constitui um transtorno daquelas crianças que são suficientemente sadias para não serem psicóticas⁴⁰.

Ao procurar caracterizar as psicopatologias, ele usa critérios diferentes dos da psiquiatria, como também dos de Freud e Klein, cujos princípios são centrados na compreensão das relações de objeto impulsionadas pela vida sexual. Winnicott, pensando nos modos de ser do indivíduo no mundo, considera as seguintes distinções: os que foram bem cuidados no início e os que não foram; os que amadurecem e os que não, especialmente quando caracteriza a doença como imaturidade; os que se integraram e se formaram como pessoas inteiras (os neuróticos), os recém-integrados (os deprimidos) e os não integrados (psicóticos).⁴¹

³⁹ Winnicott, 1988, p. 100.

⁴⁰ Winnicott, 1989vi, pp. 53-54.

⁴¹ Cf. Winnicott (1955d, pp. 376-377). Para um estudo comparativo das diferenças entre neurose e psicose em Winnicott, como ponto de partida para a compreensão da sua

Falso self e verdadeiro self

Winnicott introduz na psicanálise a distinção entre um *verdadeiro self* e um *falso self*. O verdadeiro self seria a expressão espontânea do indivíduo a partir de si mesmo; ou seja, uma *ação* que ocorre como expressão e existência do si-mesmo que se afirma na linha da continuidade de ser, por oposição às ações *reativas* (às falhas ambientais que puxam ou empurram o indivíduo ou, ainda, que não estão presentes para sustentar o indivíduo), que aniquilam o ser e o self verdadeiro. Se temos em mente um diagrama no qual teríamos uma bolha dentro de outra, formando dois círculos concêntricos, vemos que o verdadeiro self é a expressão e ação do self quando a bolha apenas sustenta a situação: é nesse sentido que a ação do verdadeiro self é espontânea e criativa. O falso self corresponde a uma reação de defesa do indivíduo que, ante uma falha ambiental, recua para se proteger e insere outro self para se relacionar com o ambiente. Dessa forma, o falso self tem sempre a função de proteger o verdadeiro. Na verdade, todo indivíduo tem experiências de quebra na continuidade de ser (ou de falhas ambientais), constituindo, assim, um falso self, que se organiza em diversos graus na vida de uma pessoa. O que diferencia o falso self operativo, necessário à saúde, do falso self patológico é o grau de domínio do falso self ou do verdadeiro self na condução ativa da existência e dos modos de ser no mundo.

Os conceitos de falso self e verdadeiro self aparecem em muitos momentos na obra de Winnicott, sendo um importante instrumento (clínico e teórico) de suas propostas para o desenvolvimento da psicanálise. Para um estudo inicial, alguns textos são fundamentais, a saber: os que se dedicam explicitamente à análise desse conceito⁴² e os que abordam esse tema como parte importante de suas análises sobre o self.⁴³ Winnicott afirma que os conceitos de falso self e verdadeiro self não correspondem a uma invenção sua:

Este conceito em si não é novo. Aparece em várias formas em psiquiatria descritiva e especialmente em certos sistemas religiosos e filosóficos. Por certo existe um estado clínico real que merece estudo, e o conceito se apresenta à psicanálise como um desafio quanto à etiologia⁴⁴.

redescricao da nosografia psicanalitica, veja, em Winnicott: 1989vi, pp. 53-54, p. 97; 1953a, p. 306; 1956a, p. 393; 1958m, p. 417; 1955d, p. 375; 1963c, p. 197; 1989vk, p. 94, p. 96; 1960c, p. 41; 1989xa, p. 191.

⁴² Winnicott, 1965m; 1986e.

⁴³ Winnicott, 1965j; 1971d; 1971r.

⁴⁴ Winnicott, 1965m, p. 128.

Quando se refere à psiquiatria descritiva, certamente está se referindo à psiquiatria fenomenológica (Jaspers, Minkowski) e quando fala em formulações religiosas e filosóficas, a Kierkegaard, Sartre e Heidegger, como também, a metáfora, às propostas da psicologia existencialista (Rollo May, Erwin Straus, V. E. von Gebattel, Roland Kuhn, Ludwig Binswanger, Medard Boss⁴⁵) e à de outros psicoterapeutas mais ou menos distantes da psicanálise. Neste último sentido, também encontramos uma referência ao falso e ao verdadeiro *selves* na obra de Laing, relacionado à questão da autenticidade, à experiência de ser autêntico (ser e não ser si mesmo) ou às situações em que a relação inter-humana gera enlouquecimento – “o indivíduo sente o próprio self mais ou menos divorciado ou desligado do corpo. O corpo é sentido mais como um objeto, dentre outros objetos no mundo, do que como o cerne do ser do indivíduo”⁴⁶.

Essas ideias associam-se ao que Harold Searles descreveu como a ação de tornar o outro louco, ou, ainda, o que Gregory Batson se referiu como teoria do duplo vínculo. O falso e o verdadeiro *selves* parecem, pois, retomar a questão existencial fundamental que coloca todo homem (mesmo que ele não a formule conscientemente) diante do problema de saber se ele vive conforme a sua própria natureza ou, na linguagem de Winnicott, até que ponto o homem tem uma vida que é sua, real, na qual interage com o mundo sem perda demasiada da sua espontaneidade.

Trata-se de saber se um homem sente que sua vida vale a pena ser vivida ou, ao contrário, na patologia, se ele sente que a vida que vive não é própria, é fútil, sem sentido ou sem esperança (esperança de ter ou encontrar um lugar para viver a partir de si mesmo). Aqui, esse tema do falso e verdadeiro self encontra o tema da saúde e a questão da vida que a vale a pena ser vivida.

A solidão essencial

Winnicott se refere à solidão essencial de duas maneiras, com sentidos próximos, mas díspares. Por um lado, a solidão essencial designa o ponto de origem zero, quando nada ainda aconteceu, antes de qualquer tipo de vivência ou experiência, antes que alguma marca (corporal ou semântica) tenha sido registrada; o verdadeiro ponto de início da jornada de todo indivíduo humano. Winnicott pergunta: “De onde vem o ser quando

⁴⁵ Cf. em May, Angel & Ellenberger (1958), *Existence. A New Dimension In Psychiatry and Psychology*, uma coletânea que reúne trabalhos clássicos dos existencialistas. Veja também Ellenberger (1958, 1959), dois textos que retomam quais foram as contribuições de Kierkegaard, Heidegger e da fenomenologia no campo da prática clínica, psiquiátrica e psicológica.

⁴⁶ Laing, 1969, p. 73.

advém de seu estado de não ser?"⁴⁷. Ele mesmo responde, adiante, nesse mesmo texto, inserindo uma discordância com a posição de Freud, afirmando que *o ser humano vem da solidão essencial e não do inorgânico*.

Essa solidão não é propriamente um fato, dado que não há, ainda, algum existente (o ser ainda não é, e o nada não pode ser), mas, ao mesmo tempo, trata-se de uma experiência logicamente estranha (para a lógica), dado que é a primeira das experiências, advir do não ser para o ser, de um estado de não estar vivo para o de estar vivo. Essa passagem é, para Winnicott, a única experiência transmissível que o ser humano tem da sua morte (dado que ele passa de um estado de não estar vivo para o de estar); designa aquele ponto para o qual todo ser humano gostaria de retornar caso quisesse começar tudo de novo.

Talvez toda tentativa de suicídio guarde uma referência a esta procura pelo momento de reinício! As experiências místicas de chegada a um estado de nadificação interna talvez também tenham a ver com essa primeira experiência. Esse é o primeiro sentido da solidão essencial; não é, na verdade, nem mesmo um ponto aonde chegar ou acessar, dado que a solidão essencial está referida a um momento em que os pontos ainda não começaram; o primeiro ponto já é subsequente à solidão essencial do ser. Certamente, temos aqui uma situação paradoxal, na qual o não ser é o ponto de partida do ser, no qual a origem remete a um ponto que está fora do ponto inicial onde tudo começa. É uma possibilidade lógica, que todo indivíduo experimenta efetivamente, não tanto da própria solidão essencial, que não é algo experienciável, que não é um estado do indivíduo, mas apenas uma possibilidade existencial que remete à experiência de ter advindo do não-ser para o ser.

O segundo sentido da expressão solidão essencial é uma situação real, objetiva, na qual, tendo chegado ao ser, o bebê vive uma situação na qual ele está sozinho, devido ao fato de que para ele não existe, ainda, uma realidade não self e, nesse sentido, só há ele mesmo (ainda que não exista nenhuma unidade do sujeito psicológico). Essa situação, na qual o bebê (imaturo afetiva e cognitivamente) nada sabe de si e do mundo, impossibilitado de reconhecer objetos como externos a si mesmo, dependente do ambiente sem saber que o ambiente existe, proporciona a ele a experiência de criar-encontrar os objetos de que necessita (como se os objetos fossem um derivado natural de suas necessidades). Winnicott denomina essa situação em que o bebê está sozinho de *narcisismo primário*, bem como de *solidão essencial*, a mesma situação em que não há, para ele, nenhum outro reconhecível; mas este sentido da *solidão inicial* tem um sentido um pouco diferente do da origem marco zero.

A solidão essencial é procurada por todo ser humano como um estado de completude; situação passível de ser experienciada na relação com

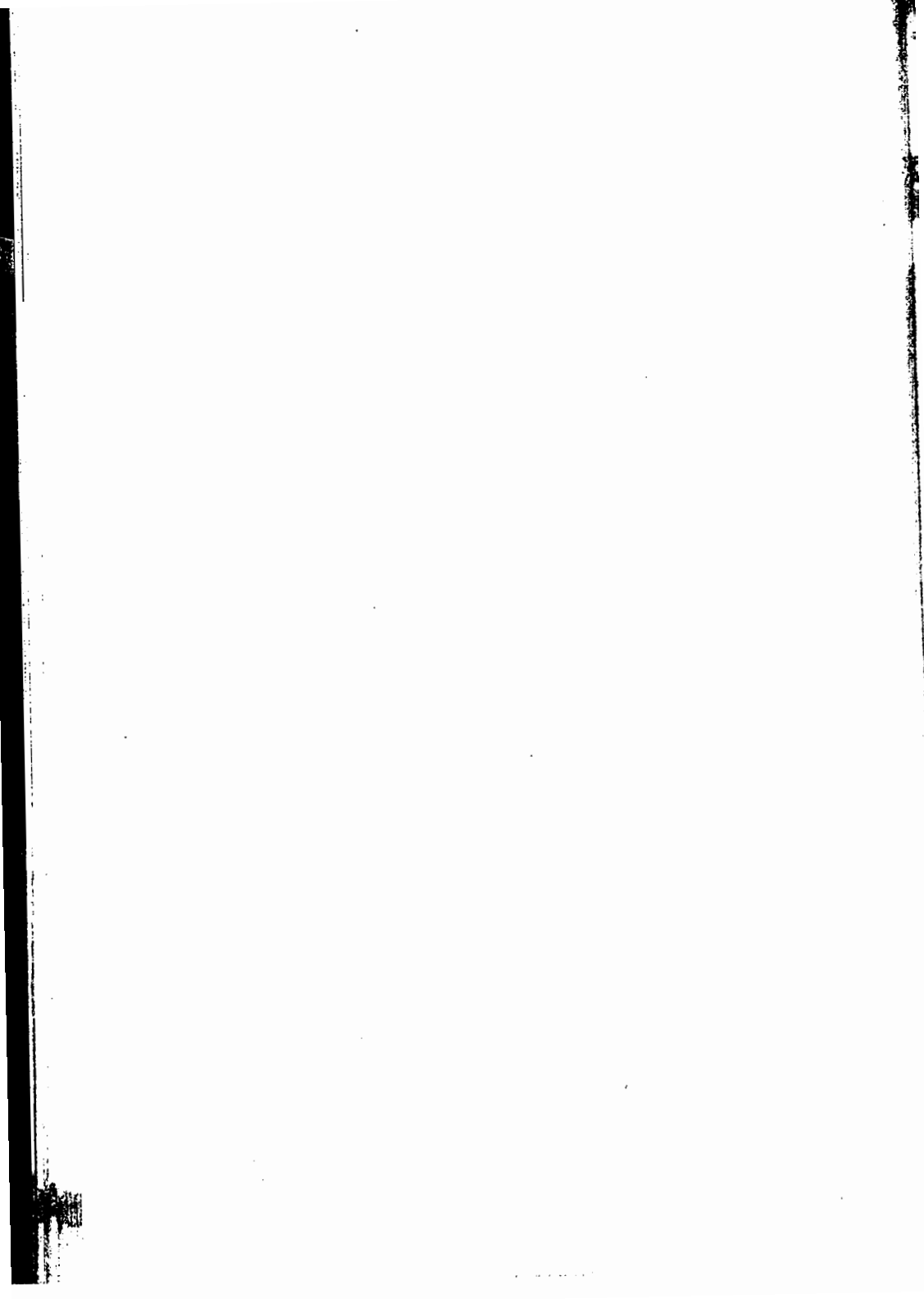
⁴⁷ Winnicott, 1988, p. 153.

o outro ou na realização de atividades nas quais o indivíduo está amalgamado (tal como o bebê com a mãe); diz respeito à criação, seja esta de natureza artística ou não.

Winnicott parece conjugar esses dois sentidos, sem se deter para distingui-los, quando faz as seguintes afirmações sobre a solidão essencial:

Onde fica a base da natureza humana em termos do desenvolvimento individual? Qual o estado fundamental ao qual todo ser humano, não importa a sua idade ou experiências pessoais, teria que retornar se desejasse começar tudo de novo? A proposição de uma condição deste tipo envolve um paradoxo. No princípio há uma solidão essencial. Ao mesmo tempo, tal solidão somente pode existir em condições de dependência máxima. Aqui, neste início, a continuidade de ser do novo indivíduo é destituída de qualquer conhecimento sobre a existência do ambiente e do amor nele contido, sendo este o nome que damos (nesse estágio) à adaptação ativa de uma espécie e dimensões tais, que a continuidade de ser não é perturbada por reações contra a intrusão. Com exceção do próprio início, não haverá jamais uma reprodução exata desta solidão fundamental e inerente. Apesar disso, pela vida afora do indivíduo continua a haver uma solidão fundamental, inerente e inalterável, ao lado da qual continua existindo a inconsciência sobre as condições indispensáveis a este estado de solidão⁴⁸.

⁴⁸ Winnicott, 1988, p. 153-154.



Neste capítulo pretendo explicitar quais são os aspectos gerais do pensamento de Winnicott, considerando as suas contribuições para as ciências – tanto para as ciências que exercem cuidados propriamente psicoterápicos quanto para as que não teriam esse tipo de ação clínica no centro de suas preocupações, ainda que toda interação humana esteja determinada, em maior ou menor grau, pelos aspectos afetivos (individuais e/ou relacionais) em jogo –, considerando que ele fornece descrição dos processos que levam o ser humano a constituir-se como tal, seja em termos da sua identidade seja em termos da sua vida cultural, da sua vida relacional com o mundo e os outros.

Esse tipo de compreensão pode ser útil tanto para as ciências que tratam diretamente do desenvolvimento emocional e cognitivo do ser humano (a psicologia, a educação, a assistência social etc.), sejam as que abordam as questões e os problemas dos modos de ser e dos sentidos da existência humana (tais como a semiótica e a linguística, a sociologia, a magistratura e a filosofia). Trata-se, aqui, de retomar, estruturalmente, para atualizar e expandir (considerando a especificidade das contribuições de Winnicott) os comentários feitos por Freud sobre o *interesse científico da psicanálise*, em 1913, publicados na *Revista Scientia*, que tinha como público alvo os “savantes” europeus.

É neste contexto, a partir da distinção um pouco desajeitada, feita por Freud, entre ciências psicológicas e não psicológicas, que agrupei minhas análises procurando apresentar ao leitor:

- a caracterização do método de tratamento psicanalítico e as re-descrições feitas por Winnicott nesse método, tanto para caracterizar a prática psicanalítica como outras práticas psicoterápicas feitas a partir da teoria psicanalítica;

- a maneira como Winnicott distingue as psicopatologias, apresentando tanto uma análise das suas gêneses como dando uma orientação sobre como estas devem ser tratadas;
- a apresentação crítica de uma série de temas e fenômenos, descritos por Winnicott, que podem ser úteis para outras práticas de cuidado inter-humano, que não as psicoterápicas; e, por fim,
- o interesse da obra de Winnicott para outras ciências.

Em primeiro lugar, retomarei as características fundamentais do que é o *método* de *tratamento* elaborado por Freud, tendo em vista que esses fundamentos continuam orientando a prática psicanalítica, ainda que os psicanalistas não estejam de acordo com tudo o que Freud enunciou. Em seguida, numa apresentação da redescritção que Winnicott fez desse método, procuro explicitar as mudanças que ele propôs na ontologia e nos objetivos do tratamento psicanalítico, retomando esta nova caracterização deste método de tratamento

Em segundo, procuro distinguir o que faz o psicanalista numa *análise padrão* (dentro dos parâmetros clássicos do que Freud desenhou como sendo a situação de tratamento e seu manejo) e o que faz quando não pode aplicar este método e precisa, então, *fazer outra coisa*, o que não significa fazer qualquer coisa. Nessa direção, procuro retomar como Winnicott caracteriza as psicopatologias (neurose, psicose, depressão, borderlines) e alguns sintomas específicos (a atitude antissocial e os sintomas psicossomáticos), para indicar tanto a compreensão da suas gêneses quanto de seus tratamentos psicoterápicos.

Em terceiro, ocupando-me, então, das contribuições que a obra de Winnicott pode realizar para outras práticas de cuidado inter-humano, não propriamente psicoterápicas, tais como as do médico (para além da evidente utilidade para o psiquiatra e para os pediatras), do educador, do assistente social e de todos os que devem, necessariamente, considerar os aspectos afetivos como determinantes das suas ações de cuidado. Nessa direção, retomarei a importância da consideração das determinações ambientais, da confiabilidade que pode advir do encontro humano e da própria atividade de agir e interagir a partir de si mesmo no encontro com o outro, expressa naquilo que Winnicott caracterizou como sendo a ação de brincar, potencialidade que caracteriza a própria natureza humana.

Ao final deste capítulo, procuro, então, indicar que tipo de interesse outras ciências *não psicológicas* – ou seja, as que não se ocupam diretamente com o cuidado do desenvolvimento emocional dos indivíduos, mas tentam entender os fenômenos e os problemas do existir humano – poderiam ter nas contribuições de Winnicott sobre a sua teoria da entrada do homem no campo da cultura; a maneira como ele explica o processo que

leva o homem a adentrar no mundo simbólico (com ou sem o intermédio da palavra); as dinâmicas e dificuldades que o homem vive quando em grupo, enfim, qual seria o interesse de outras ciências nas suas concepções sobre o que é natureza humana.

A análise do interesse que a teoria psicanalítica winnicottiana pode ter para outras ciências corresponde a uma via de mão dupla, dado que estas últimas também têm interesse para a psicanálise. A via de mão dupla é estabelecida em função dos fenômenos comuns que uma ou outra ciência tenta apreender e descrever. Nesse sentido, ao fazer este tipo de análise também estarei procurando explicitar como as contribuições de uma ciência podem contribuir para o desenvolvimento de outras, sem que isto implique uma importação direta de conceitos (o que, epistemologicamente, é impossível de ser realizado) nem a confusão dos seus campos de atuação (enunciação e resolução de problemas) e de seus métodos. Para ser, aqui, sucinto na caracterização de meu método, quero fazer algumas afirmações que me servem de balizas e orientação: cada disciplina científica tem seus objetos, seus métodos, seus modos de formular e resolver problemas, constituindo o que Thomas Kuhn caracterizou como sendo um paradigma ou uma matriz paradigma; cada paradigma tem uma linguagem específica, uma gramática e uma semântica que indicam como os problemas são formulados e resolvidos, constituindo, por assim dizer, uma realidade específica da qual trata; paradigmas diferentes são, pois, mundos fenomenológicos díspares; não há síntese entre paradigmas, da mesma maneira que não há síntese entre línguas diferentes; o que uma ciência pode fazer, na contribuição ou diálogo com outra (um paradigma com outro) nunca é uma importação ou transferência direta; no entanto, um paradigma pode chamar a atenção de outro para a apreensão de fenômenos e/ou problemas que não tinham sido observados ou desenvolvidos, levando um paradigma a tomar as contribuições de outro como incitações a serem consideradas para um desenvolvimento no seu próprio campo (com sua semântica, seus métodos etc.). Creio que esta posição epistemológica-metodológica é a mesma que Freud enunciou no seu texto *Totem e Tabu*, quando procurou explicitar que tipo de contribuições a psicanálise poderia fazer para a antropologia:

É uma falha necessária dos trabalhos que tentam aplicar os pontos de vista da psicanálise aos temas das ciências do espírito a de oferecer tão pouco dos dois ao leitor. Assim se restringem a ter um caráter de incitação; eles fazem ao especialista proposições que ele deverá tomar em consideração no seu trabalho.⁴⁹

⁴⁹ Freud, 1912-13, p. 75.

O interesse do pensamento de Winnicott para o método de tratamento psicanalítico

A psicanálise foi criada como um método de tratamento para cuidar de certas nervosidades que, até então, não tinham tratamento adequado⁵⁰. O desenvolvimento desse método e o conjunto de descobertas que foram feitas ao longo da sua aplicação, levaram tanto a um aprimoramento do método quanto a uma expansão da teoria psicanalítica que, tornando-se uma ciência, pôde fornecer uma teoria geral sobre o desenvolvimento emocional do ser humano, seus impulsos essenciais, seus conflitos, suas patologias, suas relações com o mundo da cultura, da arte, da ciência etc. Com Winnicott, temos uma série de modificações que, mantendo-se no quadro da psicanálise (ou seja, sem criar outra ciência), fizeram com que a teoria e a clínica fossem desenvolvidas, tanto na direção de uma maior eficácia do tratamento psicanalítico quanto na possibilidade de abordar a natureza humana e a sua vida cultural de uma maneira que integrou uma perspectiva naturalista (tal como Freud pretendeu, com uma fenomenológica e existencialista, tal como alguns filósofos e psicólogos propuseram, apoiados nas perspectivas do existencialismo moderno).

Tendo já analisado os aspectos gerais que caracterizam a especificidade, epistemológica, do pensamento de Winnicott, passarei, agora, a analisar as transformações metodológicas, referindo-me ao método de tratamento psicoterápico psicanalítico. Mostrando algumas das transformações objetivas efetuadas por Winnicott, sempre em diálogo com Freud, ocupar-me-ei também de mostrar como ele caracteriza a origem e a dinâmica de funcionamento de algumas organizações psicopatológicas, indicando qual o tipo de tratamento seria necessário aplicar para tratá-las.

O método de tratamento psicanalítico para Freud

A psicanálise nasceu como um método que visava o tratamento de algumas psicopatologias (as neuroses) tendo, para isso, uma teoria da gênese psíquica dessas patologias centrada na história emocional dos indivíduos; mais ainda, tendo, ao longo do seu desenvolvimento, uma teoria sobre os processos que levam o ser humano a organizar-se e a estruturar-se psiquicamente, ou seja, uma teoria do desenvolvimento emocional. Ainda que Freud afirmasse que o método, nesse momento inicial da sua criação, não fosse adequado ou eficiente para o tratamento das psicoses, a sua teoria sobre o desenvolvimento emocional (que ele denominou de teoria do desenvolvimento da sexualidade) propunha uma compreensão de todo tipo de organização psíquica (patológicas ou

⁵⁰ Freud 1913j, p. 164.

não). Todos os desenvolvimentos pós-Freud são uma ampliação desse método inicial, cujos fundamentos são ainda compartilhados, embora tenham sido redescritos.

Fundamentos

O primeiro fundamento da teoria e do método de tratamento psicanalítico é a consideração de que existem processos psíquicos inconscientes e estes são determinantes para a constituição dos indivíduos. Para Freud, esta suposição é o primeiro *xibolete* da psicanálise, e quem não puder subscrevê-la não poderá contar-se entre os psicanalistas⁵¹.

Para Freud, a constituição e a organização da vida psíquica, seja lá como esta se dê, correspondem a um processo no qual devem ser levados em consideração, além das determinações advindas de processos psíquicos inconscientes, os seguintes fatos ou fenômenos: um processo que retira da consciência aquilo que causa dor ou incômodo e não pode ser administrado pelo indivíduo, o *recalque*, levando uma ideia, conjunto de ideias ou um conflito, para outro campo da vida psíquica, campo onde seus conteúdos são inconscientes para o indivíduo, mas permanecem ativos, determinando a vida psíquica dos indivíduos; a importância das excitações que, advindas das pressões corporais, impulsionam as relações do indivíduo (com os objetos e com os outros), as *pulsões*, que Freud caracterizou, inicialmente, como sendo pressões (pulsões) sexuais ou, resumidamente, a sexualidade, ou melhor dizendo, a sexualidade infantil (dado que ela é fundamento estrutural dos impulsos que estão na estrutura do próprio existir humano) e as pulsões de autoconservação, mais tarde substituída por um par de pulsões mais amplo, as pulsões de vida (que incluem as sexuais e as de autoconservação) e as de morte (uma força ou tendência universal para a descarga das excitações); o *complexo de Édipo*, que corresponde a um acontecimento relacional que, advindo, leva o indivíduo a organizar-se psiquicamente, tanto em termos da sua identidade quanto em termos dos seus modos de desejar, ou seja, trata-se do romance pessoal (cada um de nós, chegando aí, teríamos a nossa encenação da peça Édipo), constituindo tanto um indivíduo saudável quanto o indivíduo que sofre por alguma patologia. O mesmo processo que leva o indivíduo a organizar-se psiquicamente e a adentrar no mundo da cultura, também corresponde ao que pode adoecê-lo (é nesse sentido que Freud considera

⁵¹ *Xibolete* é uma palavra que designa um tipo de teste que diferencia os que são judeus dos que não são (veja, no *Velho Testamento*, *Livro dos Juizes* 12, 6); dado que só os judeus poderiam pronunciá-la, foneticamente, de forma adequada. Para Freud, o inconsciente é o primeiro *xibolete* da psicanálise, a teoria dos sonhos é um dos *xiboletes* da psicanálise, mas o complexo de Édipo (com tudo que está envolvido na sua compreensão, a sexualidade infantil etc.) é o *xibolete* da psicanálise. Cf. em Fulgencio (2008, p. 207 e seguintes) uma análise mais detalhada do que são os *xiboletes* da psicanálise.

que somos todos neuróticos; e também nesse sentido que Fédida afirmou freudianamente: *o sintoma é o sujeito!*).

Em termos gerais, para falar do ponto de vista da ontologia proposta por Freud, o ser humano é considerado *como se fosse um aparelho* (que tem diversas partes se determinando entre si) movido por forças (*pulsões*) e energias (*libido*).

Chegamos, aqui, a um ponto fundamental: toda organização psíquica, todo comportamento, todo sintoma são, para a psicanálise, uma expressão de um conjunto de intensões (conscientes e inconscientes) dos indivíduos. Ou seja, os sintomas não são um erro, mas eles expressam, de maneira desfigurada e mascarada, uma verdade, um sentido, um significado, uma intenção. Tal como um ato falho (que não é um erro, mas a expressão de um desejo inconsciente, mais ou menos atendido, mas que se impõe total ou parcialmente), os sintomas e os atos psíquicos (uma mania, um delírio ou alucinação, um sonho, até mesmo um devaneio ou um desejo etc.) são a expressão da vida emocional (e seus conflitos e/ou pressões inconscientes).

Se a organização psíquica e os sintomas são, pois, efeitos, o método de tratamento psicanalítico tem como objetivo retomar e/ou acessar esse "mundo" inconsciente para reformulá-lo, para reorganizá-lo, redirecionando a vida emocional inconsciente para que em vez de sintomas o indivíduo possa usar a sua vida afetiva, a sua história e até mesmo os seus conflitos de uma maneira que estes contribuam para o exercício da sua existência. Trata-se de transformar o sintoma, como um empecilho existencial, numa característica ou qualidade do indivíduo, por exemplo, transformar o sintoma obsessão na obsessão necessária ao trabalho de relojoeiro! Numa formulação sintética desse pensamento, teríamos: *ter um talento, ter um sintoma!*⁵²

Aspectos operativos

O método consiste em fazer com que o paciente possa encontrar o psicoterapeuta diversas vezes por semana, dedicando-se a falar tudo que lhe vier à mente (sem se preocupar com sua lógica ou apreciação moral), de modo que, relacionando-se afetivamente com o psicoterapeuta (que se mantém sem dar conselhos, sem ser aquele que atende aos desejos do paciente), o psicanalista possa ajudá-lo a revisitar e recontar sua história, desvelando seus conflitos e sofrimentos, com a finalidade de reorganizar-se emocionalmente. O psicanalista distingue, com a ajuda do paciente, como estão estruturados e como são compostos seus sofrimentos, suas ideias, seus sonhos seus desejos etc.; é justamente por isso que se diz que

⁵² Cf. Denise Morel (1990).

ele *analisa* a vida psíquica do paciente (tal como a análise de uma substância química mostra do que ela é composta), deixando que a síntese seja feita pelo próprio paciente, de forma espontânea. É por isso que fazemos *psicanálise* e não *psicossíntese*!

Ao aplicar esse método de tratamento (associação livre, divã [como um instrumento que pode ou não ser usado], análise dos atos psíquicos, análise dos sonhos e desejos do paciente, abstinência do analista etc.) advém, como efeitos constitutivos deste método, o surgimento, necessário, de dois fenômenos: *a transferência* e *a resistência*. Freud os considera também princípios que caracterizam o método e a sua teoria, afirmando que todo aquele que partilha da compreensão desses dois fenômenos pode ser considerado um psicanalista, mesmo que chegue a resultados diferentes do dele⁵³.

A *transferência* nada mais é do que a retomada, na análise, dos modos de amar e de odiar que o paciente tem como seus modos de ser. Diz Freud:

Que são transferências? São novas edições ou fac-símiles dos impulsos e fantasias que são despertados e tornados conscientes durante o andamento da análise. Possuem, no entanto, uma peculiaridade, característica de sua espécie: substituem uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Em outras palavras, toda uma série de experiências psicológicas é revivida, não como algo que pertence ao passado, mas que se aplica ao médico no presente momento⁵⁴.

A *transferência* é, pois, a maneira como as pessoas praticam a sua vida amorosa.

A *resistência*, por sua vez, corresponde ao mecanismo que protege o indivíduo de ter que acessar os conteúdos inconscientes, assim tornados (inconscientes) porque causaram dor ou incômodo ao indivíduo no passado. É tal como o indivíduo que quebrou o braço, recolheu-o para evitar a dor e, com o tempo, tem os ossos recalcificados, mas numa posição "errada" (que o impede, por exemplo, de escrever); quando o paciente procura o médico *porque* "não consegue escrever, este diz que ao paciente não é o estado atual do seu braço (com uma calcificação "errada") a origem do seu sintoma. No entanto, quando propõe o tratamento (vamos quebrar o seu braço novamente, para colocá-lo no lugar certo), a *resistência* é imediata: ninguém quer retomar uma velha dor! Assim, a resistência ao acesso aos conteúdos inconscientes é um fato; e é justamente por compreender este tipo de fenômeno, que advém do processo de cura pelo método de tratamento psicanalítico, que Freud considera que a resistência dos neu-

⁵³ Freud, 1914d, p. 17.

⁵⁴ Freud, 1905e, p. 116

róticos à eliminação de seus sintomas corresponde, justamente, ao fundamento da sua concepção dinâmica das neuroses. *Grosso modo*, até mesmo a transferência vivida em relação ao analista corresponde a um modo de repetição do sintoma do paciente e, portanto, também uma resistência ao tratamento e à cura. No entanto, e de forma paradoxal, é justamente a possibilidade de viver a transferência (resistência) e transformá-la ou ultrapassá-la que fará parte do processo de reorganização emocional do paciente. Cabe colocar em evidência que o paciente faz isso (ultrapassar a resistências e, nesse sentido, acessar uma velha dor) em função da confiança que tem no seu analista.

Os objetivos

O que Freud procura é fazer com que os pacientes recuperem a sua possibilidade de agir e trabalhar na vida, sem demasiadas restrições, restituindo-lhes certa liberdade para poder escolher, por oposição, a situação psicopatológica, na qual o paciente está constrangido a ser assim ou assado, em função dos seus conflitos. Numa expressão analógica, ele afirma que o objetivo da psicanálise é libertá-los de seu labirinto pessoal, reorganizando-os para que possam poupar "energias" ou os esforços dispendidos para lidar com seus conflitos (e liberando esse capital de afeto energético, por assim dizer, para outras atividades de sua vida), evitando sofrimentos excessivos e deixando-os mais autônomos e mais potentes para lidar com a vida e seus relacionamentos.

A saúde, objetivo ideal do tratamento psicanalítico, para Freud, corresponde à possibilidade (do Ego) de amar e trabalhar sem demasiado constrangimento causado seja pelas pressões pulsionais ou instintuais (pressões do Id) seja pela moral pessoal ou social (pressões do Superego).

O tratamento psicanalítico consiste, pois, na reorganização das pressões, dos conflitos e da própria organização da vida emocional dos indivíduos, possível de ser feita porque o paciente revive emocionalmente, na relação (transferencial) com o analista, seus sintomas e pode, então, aumentar o seu espaço de existência sem constrangimento. Diz Freud, sobre seus objetivos clínicos: "[o tratamento psicanalítico visa] fortificar o eu, torná-lo mais independente do super-eu, aumentando seu campo de percepção e estendendo sua organização, de maneira que ele possa se apropriar de novos pedaços do Id. *Ali onde era o Id, o Ego deve advir*"⁵⁵. Para fornecer um conteúdo intuitivo a esse enunciado metapsicológico, ele apresenta uma analogia explicativa: "Trata-se de um trabalho cultu-

⁵⁵ Freud, 1933a, p. 80, *lessões 31*, *Itálicos meus*.

ral, um pouco como a secagem do Zuyderzee⁵⁶; ou seja, é como na Holanda em que ao se construir diques, torna-se possível secar e utilizar uma região para habitar, região antes invadida pelo mar.

O que Freud pretende, pois, é fortalecer o indivíduo para que ele possa ser mais autônomo, fortalecer o seu eu (ego), sem que isto signifique a eliminação de todos os conflitos, trata-se de aumentar seu poder de ação e autonomia, de dar ao eu uma possibilidade maior de habitar o mundo em que ele vive.

Mas como é que Freud quer fazer isto? Onde, na vida psíquica dos indivíduos, ele quer agir para chegar a este objetivo? De modo geral, ao considerar que são determinadas formações psíquicas inconscientes as responsáveis pelos sintomas e sofrimentos neuróticos, Freud dirá que não se trata de extirpar os sintomas, mas de colocar o paciente de acordo com o que ele é, assim, o tratamento psicanalítico visa:

A supressão das resistências e o exame detalhado dos recalcamientos do doente, a unificação e o reforço o mais extenso de seu ego, de lhe poupar a despesa psíquica por seus conflitos internos, de dar forma, a partir do que ele é, ao melhor do que ele poder vir a ser em função de suas predisposições e capacidades, e de o tornar, tanto quanto possível, capaz de atividade e de prazer⁵⁷.

Com o desenvolvimento da psicanálise pós-Freud, o que foi feito diz respeito à compreensão mais detalhada dos processos que levam à constituição dos indivíduos, bem como das maneiras como se deve agir para que seja possível modificar os modos de ser (modos de organização emocional-relacional). Ainda que possam ser redescritas essas concepções de Freud, a psicanálise segue no quadro geral que ele estabeleceu. Como disse Winnicott a Adam Limentani: "nós somos todos freudianos", adicionando depois de uma breve pausa, "mais ou menos"⁵⁸.

O método de tratamento psicanalítico para Winnicott

Winnicott compartilha com Freud a compreensão geral do que é o método de tratamento psicanalítico; mais do que isso, ele considera que o método é uma herança freudiana que ele tem nos seus ossos; ainda que reformule este método à sua maneira, ainda que introduza novas compreensões e até mesmo mude o modelo ontológico de homem e redescrava a noção de saúde tais como Freud havia proposto. Winnicott se coloca como

⁵⁶ Freud, 1933a, p. 80, lesson 31.

⁵⁷ Freud, 1923a, p. 251.

⁵⁸ Limentani, 1989, p. 6.

um freudiano, mesmo que não concorde com tudo o que Freud propôs. Para ele, Freud nos deu um método para tratar, pesquisar e observar; um método que permanece válido nas suas delimitações gerais, ainda que tenha se modificado em função da expansão da sua eficácia para o tratamento de crianças e de patologias mais graves, tais como as psicoses.

Ao procurar caracterizar o que é esse método de tratamento, ele comenta que a psicanálise pretende devolver ao indivíduo sua possibilidade de escolha (ante as restrições que o paciente vive em função dos seus conflitos):

Em resumo, a psicanálise é um método por meio do qual, através de um passo para trás seguido de outro, o paciente é levado a rastrear seus sonhos e obsessões até sua origem, a qual muitas vezes está instalada desde que ele era criança ou bebê. O paciente fica assombrado ao ver seu comportamento estranho explicado e sua causa trazida à consciência. Ele é capaz então de introduzir a sua própria vontade na batalha, e passa a ter uma chance⁵⁹.

No desenvolvimento desse capítulo, cabe, então, retomar quais foram as modificações que Winnicott fez nos fundamentos do método e da teoria freudiana, certamente não na sua totalidade, mas evidenciando as modificações que ele fez no modelo ontológico e na sua concepção de saúde, dado que estas duas propostas, uma se referindo à origem e outra ao final do processo de desenvolvimento emocional, podem orientar toda a prática de cuidado psicoterápico. Na continuidade deste tipo de análise me ocuparei de especificar como Winnicott compreende as principais organizações psicopatológicas (neurose, psicose, depressão, borderlines) e alguns sintomas específicos (atitude antissocial, sintomas psicossomáticos) em termos da sua gênese, dinâmica e tratamento, diferenciando o que ele denominou de *análise padrão* de uma *análise modificada* (ou seja, os tratamentos psicoterápicos feitos com base na teoria psicanalítica, mas que exigem outro tipo de *setting*).

Redescrição dos fundamentos

Winnicott está de acordo com Freud, no que se refere aos *fundamentos* da teoria psicanalítica (*inconsciente, repressão, sexualidade infantil, complexo de Édipo, transferência e resistência*), ainda que ele amplie o sentido destes termos ou noções. Não se trata, aqui, de retomar uma análise das especificidades das redescrições que Winnicott fez destes fundamentos⁶⁰, dado

⁵⁹ Winnicott, 1987b, p. 3; carta a sua irmã Violet Winnicott, em 15 de novembro de 1919.

⁶⁰ Para uma análise mais detalhada de alguma dessas redescrições, ver: "Aspectos diferenciais da noção de ego e de self na obra de Winnicott" (Fulgencio, 2014a); "A noção de Id para

que isto nos levaria a análises que nos desviariam dos objetivos desse livro, mas podemos retomar sinteticamente algumas das características dessas redescrições. No que se refere à noção de inconsciente, enquanto em Freud temos o desvelamento do inconsciente reprimido, Winnicott se ocupa em ampliar o pensamento de Freud, identificando um inconsciente que não advém do processo de repressão e, também, não redutível ao que decorre da administração da vida pulsional, trata-se, para ele, de outro tipo de *inconsciente*, associado ao que ele caracterizará como sendo a linha do desenvolvimento do ser, do ser a partir de si mesmo sustentado pelo ambiente, no ambiente etc. No que se refere à *repressão* e/ou *recalque*, enquanto mecanismo de defesa contra a angústia, este depende também de um tipo de integração do indivíduo e da possibilidade de ter estabelecido o "agente" do processo repressivo, o Ego enquanto certa unidade do sujeito psicológico; o que não estaria presente desde o início e que, por consequência, colocaria em evidência que, antes da integração do indivíduo, são outros os mecanismos de defesa (a cisão, por exemplo). No que se refere à importância da *sexualidade infantil* e do *complexo de Édipo*, ele dirá que qualquer psicologia que não considere esses fatos está fadada ao fracasso; mas que isso não é o suficiente, que a sexualidade infantil e o complexo de Édipo correspondem a modos elaborados e mais amadurecidos de lidar com a vida instintual nas relações interpessoais, só possível depois de realizadas certas conquistas do processo de desenvolvimento emocional. Para ser sintético, no que diz respeito à sexualidade e ao complexo de Édipo: a sexualidade é uma maneira elaborada de viver a vida instintual, que exige uma série de integrações; e o complexo de Édipo só tem sentido, enquanto modo de relação interpessoal, quando o indivíduo conquistou a possibilidade de ter relações a três corpos.

Numa perspectiva mais geral, que agrupa essas redescrições e marca a especificidade da proposta de Winnicott, podemos dizer que ele substituiu o modelo ontológico e o modelo de saúde propostos por Freud por outros mais de acordo com uma perspectiva que, certamente, tem influência e semelhança com as perspectivas da fenomenologia e do existencialismo moderno⁶¹.

Ao considerar o que é o ser humano, Winnicott prefere considerá-lo não tanto como se fosse um aparelho impulsionado pelas pulsões ou pela sexualidade, mas que a essência do ser humano é sua necessidade de ser e continuar sendo, ser e continuar sendo a partir de si mesmo,

Winnicott" (Fulgencio, 2014b); "Ampliação winnicottiana da noção freudiana de inconsciente" (Fulgencio, 2013a); "A redescrição da noção de Superego na obra de Winnicott" (Fulgencio, 2013b); "A situação do narcisismo primário" (Fulgencio, 2013c); "O complexo de Édipo nas obras de Klein e Winnicott: comparações" (Marchiolli, & Fulgencio 2012).

⁶¹ Sobre a influência do existencialismo moderno na obra de Winnicott, veja Fulgencio (2015a).

adaptando-se ao mundo, mas sem perda em demasia da sua espontaneidade. Trata-se, aqui, de afirmar que Winnicott mudou o que ele considerava ser o impulso básico da existência: a necessidade de ser e a tendência inata à integração. Com isso, ele colocou as determinações advindas da vida pulsional ou sexual e as que caracterizam as relações edípicas noutra lugar do processo de desenvolvimento, sem, no entanto, desconsiderar a sua importância.

Cabe ainda dizer como elemento que caracteriza o que é o ser humano na sua origem, que este nasce sem ter a noção de que existe um mundo não self; que este nasce, por assim dizer, ainda não integrado, imaturo tanto emocionalmente quanto cognitivamente e que é o processo de desenvolvimento emocional que o levará a constituir-se como um indivíduo integrado, distinguindo um dentro e um fora de si, como uma pessoa inteira que se relaciona com pessoas inteiras, considerando o desenvolvimento saudável.

Com isso, a sexualidade, o complexo de Édipo, e até mesmo a vida pulsional, deixam de ser o principal fundamento da organização da vida psíquica, deixam de ser a origem de todos os males para serem fenômenos específicos, próprios a momentos mais amadurecidos do processo de desenvolvimento emocional, que, por sua vez, também terão lugar de determinantes na vida emocional, mas cujas determinações estão associadas aos problemas e processos que dizem respeito ao problema de ser e integrar-se para ser a partir de si mesmos, ou ainda, numa linguagem mais sintética, a ser antes de fazer (inclusive o erótico). Isto diferencia não só fundamentos díspares como problemas díspares.

Redescrição dos aspectos operativos

Ao reiterar quais seriam os aspectos gerais formais que caracterizam o método de tratamento psicoterápico psicanalítico, Winnicott faz uma redescrição do que é este tratamento, dando uma ênfase no modo de ser do analista nesse processo:

- Diariamente, numa hora marcada, cinco ou seis vezes por semana, Freud colocava-se à disposição do paciente. (Esse horário era planejado de modo que fosse conveniente para ambos.)⁶²
- O analista estaria com certeza lá, na hora, vivo e bem.
- Durante o tempo previamente combinado (cerca de uma hora),

⁶² Hoje em dia, a frequência de encontros semanais, para a realização deste método de tratamento, tem sido colocada em questão e tem sido alterada. O importante, a meu ver, não é tanto o número de sessões, mas o modo como o paciente é ouvido e acolhido, ainda que este tipo de tratamento dependa da constituição de uma relação de intimidade e confiança (às vezes, até mesmo de dependência provisória) que só pode ser construída com certa regularidade dos encontros psicoterapêuticos.

o analista permaneceria acordado e estaria preocupado com o paciente.

- O analista expressaria o seu amor pelo interesse positivo assim demonstrado e seu ódio pelo estrito cumprimento dos horários de início e fim, e também através dos honorários. O amor e o ódio eram expressos honestamente, ou seja, não negados pelo analista.
- O objetivo da análise seria o de entrar em contato com o processo do paciente, compreender o material apresentado e comunicar essa compreensão verbalmente. A resistência implicaria sofrimento, e poderia ser atenuada pela interpretação.
- O método do analista era o da observação objetiva.
- Esse trabalho era realizado dentro de um quarto, não um corredor, um quarto silencioso e não sujeito a barulhos repentinos e imprevisíveis, mas não absolutamente silencioso nem imune aos ruídos domésticos normais. O quarto seria adequadamente iluminado, mas nunca por uma luz direta e nem por uma luz variável. Certamente não seria no escuro, e estaria agradavelmente aquecido. O paciente deitaria num divã, estaria confortável (caso isto lhe fosse possível), e haveria provavelmente um cobertor e um jarro de água.
- O analista (conforme sabemos) mantém o seu julgamento moral fora do relacionamento, não tem desejo algum de intrometer-se com detalhes de sua vida pessoal e de suas ideias, e não deseja tomar partido nos sistemas persecutórios, mesmo quando estes aparecem na forma de situações verdadeiramente compartilhadas em termos locais, políticos etc. Naturalmente, se houver uma guerra ou terremoto, ou se o rei morre, o analista não ficará desinformado.
- Na situação analítica, o analista é bem mais confiável que as demais pessoas na vida cotidiana. De um modo geral, ele é pontual, não propenso a ataques de fúria nem a se apaixonar compulsivamente etc.
- É possível contar com a ausência de retaliação.
- O analista sobrevive⁶³.

Poderíamos seguir comentando, passo a passo, o significado das posições de Winnicott, esclarecendo com mais detalhes, por exemplo, o que ele quer dizer com "o analista estaria com certeza lá, na hora, vivo e bem", "o analista expressaria seu amor", "o analista é bem mais confiável que as demais pessoas da vida cotidiana", "demarcação entre fatos e fantasia",

⁶³ Winnicott, 1955d, p. 382.

"ausência de retaliação", "o analista sobrevive"; mas, podemos deixar que a própria referência aos fatos descritos, ainda que isto não seja totalmente preciso e necessite de aprofundamento, seja aqui suficiente para ter uma apreensão mais ou menos precisa do que acontece numa cura analítica. Considero que, para meus objetivos neste livro, basta retomar algumas das maneiras como ele se refere ao que é o processo analítico para que o leitor possa ter uma apreensão de como pensa e realiza este tipo de encontro humano.

A primeira dessas características que quero enunciar é o fato de que uma análise corresponde a uma *relação humana simplificada*. Por um lado, apenas o analista cuida do paciente; mais ainda, é justamente porque o analista retira a urgência de realização de parte de suas necessidades, parte de seus desejos, que pode, então, ser um cuidador focado nas necessidades do paciente, tal como uma mãe que se abstém de uma parte de suas necessidades e desejos quando cuida de um bebê. Cabe ressaltar que esta analogia é parcial, dado que o analista não é a mãe nem o pai do paciente, nem pode substituí-los, mas pode realizar cuidados que dizem respeito aos cuidados ambientais (em suas diversas figurações, tais como o fazem as mães, pais, irmãos, amigos, amante etc.). É este tipo de retirada pessoal (inclusive com a preocupação com a regra do não aconselhamento, da não participação corroborativa ou não dos esquemas paranoicos, reais ou fantasiados, dos pacientes) que podemos considerar como fazendo parte da *regra da abstinência* do analista no método de tratamento psicanalítico.

E no que se refere ao paciente, seus sofrimentos, sua história, enfim, seus problemas, ele tem a possibilidade de *cuidar de uma coisa de cada vez*, procurando corrigir uma experiência passada:

No exemplo mais simples possível, uma pessoa que está sendo analisada consegue corrigir uma experiência passada, ou uma experiência imaginária, ao revivê-la em condições simplificadas nas quais a dor pode ser tolerada porque está sendo distribuída ao longo do período de tempo; tomada, por assim dizer, em pequenas doses, num meio ambiente emocional controlado. como vocês bem podem imaginar, na prática concreta raramente existe algo tão descomplicado como isso, mas o contexto principal pode legitimamente ser descrito desta maneira⁶⁴.

Evidentemente, muitas outras coisas poderiam ser ditas, e não se trata aqui de fazer o recenseamento de todas as características desse processo, tanto para o analista quanto para o paciente, mas toda análise deve visar o seu fim, toda análise deve, pode-se dizer, esperar que o paciente possa não só usar o analista, mas "devorá-lo", incorporando os cuidados

⁶⁴ Winnicott, 1945h, p. 36.

recebidos e possa ele cuidar, com mais autonomia, de si mesmo. Talvez o fim de uma análise deva ser considerado como sendo o mesmo fim de um objeto transicional: ele passa a não ter mais tanta importância; não é pranteado, não é reprimido, passa a não ter mais utilidade e vai para o limbo, e o que era vivido na análise passa a ser expandido e vivido na vida afetiva e social mais ampla do paciente. No final de uma análise bem-sucedida, o paciente sente que os resultados conseguidos (suas integrações, seus amadurecimentos) advêm de seus esforços (ainda que saibamos que o analista contribuiu bastante para que isso fosse possível), e isto é importante que assim seja, dado que o paciente termina a análise sem dívidas com o analista, ele sente que chegou a certa autonomia e pode, então, seguir por si mesmo.

Outra maneira de referir-se ao que é uma análise, é considerá-la como uma *longa anamnese* ou uma maneira de reunir e recontar a história do paciente, integrando-a a si mesmo de diversas maneiras: "A psicanálise para mim é uma vasta extensão da obtenção de uma história [*history-taking*], com a terapêutica como um subproduto"⁶⁵. A história que importa, evidentemente, não é a objetivamente contada, a que poderia ser feita com os documentos e as testemunhas da história de vida do paciente (tanto passada como presente), mas a sua versão da história, a história que ele, ao revisitar, integra para refazê-la de forma mais harmônica, para que, refazendo-a, possa estar mais em posse de si mesmo (das suas alegrias, tristezas, dos seus traumas e júbilos), de maneira a viver de acordo consigo mesmo, ter uma vida que ele sente como própria, real e que, por isso mesmo, vale a pena ser vivida. Retomarei a isto, um pouco mais à frente, quando me dedicar a explicitar quais seriam os objetivos do tratamento psicanalítico em conjunto com uma descrição do que seria um indivíduo saudável para Winnicott.

Como mais um aspecto que me parece importante ser ressaltado, gostaria de retomar a sua posição que reconhece na análise um *encontro humano verdadeiro*. O analista precisa estar vivo, presente, comunicar-se com o paciente de maneira que o paciente se sinta entendido pelo analista. Isto não corresponde a, propriamente, uma atitude "profissional", uma "técnica", mas sim a uma maneira de acompanhar o paciente que coloca em ação a possibilidade humana de estar-com-o-outro. É interessante que Winnicott se refira a isto, marcando o fato de que uma psicoterapia corresponde mais a uma sustentação do que a uma intervenção técnica:

A análise não consiste apenas no exercício de uma técnica. É algo que nos tornamos capazes de fazer quando alcançamos um certo estágio na aquisição da técnica básica. Aquilo que passamos a fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um *processo*, processo este que em

⁶⁵ Winnicott, 1963g, p. 180.

cada paciente possuiu o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo. Todos os aspectos importantes desse processo originam-se no paciente, e não em nós enquanto analistas⁶⁶.

Este tipo de postura só pode ser possível se o analista confia no fato de que o processo de desenvolvimento ocorre sem que seja necessário empurrar ou puxar o paciente, que a sustentação ambiental adequada leva o paciente a expandir-se na suas necessidades e na sua autonomia, levando-o, necessariamente, a uma vida na qual ele está e necessita estar com o outro sem perder a si mesmo. Diz Winnicott, nesse sentido: "*É preciso que haja no analista uma crença na natureza humana e nos processos de desenvolvimento para que algum trabalho possa ser feito, e isto é rapidamente percebido pelo paciente*"⁶⁷.

Uma das formulações mais interessantes de Winnicott sobre como e onde ocorre o processo psicoterapêutico (seja no *setting* analítico seja noutro tipo de situação) é a sua afirmação de que *a psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta*⁶⁸. Se o paciente não pode ou não consegue brincar, cabe ao analista levá-lo até esta possibilidade; mas se é o analista que não sabe brincar, então ele deve mudar de profissão! Reconhecendo que a ação de brincar corresponde a uma das características que estão na base da própria natureza humana (ainda que nem sempre ela se constitua como uma possibilidade) e seu desenvolvimento, Winnicott vai caracterizar a própria psicanálise em função desta atividade:

Em outros termos, *é a brincadeira que é universal* e que é própria da saúde; o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. O natural é o brincar, e o fenômeno altamente aperfeiçoado do século XX é a psicanálise⁶⁹.

Ao final dessa caracterização, é importante também ressaltar que o próprio analista deve estar preparado para participar profundamente nesse processo, com a sua história e seu modo de ser, estando preparado para poder modificar não só o que ele precisa fazer (o seu método), mas a si mesmo, para que esse tipo de encontro possa ocorrer. Winnicott diz

⁶⁶ Winnicott, 1955d, p. 374.

⁶⁷ Winnicott, 1955d, p. 390.

⁶⁸ Winnicott, 1968f, p. 59.

⁶⁹ Winnicott, 1968f, p. 63.

claramente, ao referir-se a um de seus casos, como foi obrigado a fazer essas modificações:

O tratamento e o manejo desse caso colocaram em xeque tudo o que tenho enquanto ser humano, psicanalista e pediatra. Fui obrigado a crescer enquanto pessoa no decorrer do tratamento, de um modo doloroso que eu teria tido o prazer de evitar. Particularmente, foi-me necessário aprender a examinar a minha própria técnica toda vez que surgiam dificuldades, e em todas as cerca de doze fases de resistência ocorridas ficou claro em seguida que a causa se originava de alguns fenômenos de contratransferência, tornando necessária uma autoanálise adicional do analista⁷⁰.

A noção de saúde

A saúde, para Freud, só pode ser compreendida em termos metapsicológicos, ou seja, em termos da posição do Ego em relação às pressões do Id e do superego: "A saúde, justamente, não se deixa descrever de outra maneira que metapsicologicamente, em referência às relações de força entre as instâncias do aparelho da alma que nós reconhecemos ou, se vocês quiserem, supomos, deduzimos".⁷¹ Não há, pois, nem em Freud nem numa série significativa dos desenvolvimentos da psicanálise pós-freudiana, uma *noção descritiva da saúde*, mas em Winnicott nós podemos encontrar uma noção deste tipo. É justamente por isso que Paul-Laurent Assoun chega a considerar que Winnicott está fora do campo psicanalítico: "Um psicanalista parte do sintoma; nosso 'antropólogo' [Winnicott], assumindo o sentido deste termo, parte de alguma outra coisa, a 'saúde'".⁷² Esta é mais uma das razões que explicam a especificidade da obra de Winnicott, e de que maneira ele propôs desenvolver a teoria e a prática psicanalítica.

Podemos mostrar que a caracterização da saúde, para Winnicott, é apresentada de diversas maneiras, sempre de modo mais descritivo do que metapsicológico. Em primeiro lugar, considerando que Winnicott constrói sua teoria do desenvolvimento impulsionada pela *necessidade de ser e continuar sendo*, à saúde corresponderia a possibilidade de existir com base nessa necessidade: "A continuidade do ser significa saúde"⁷³. Sua maneira de figurar a sustentação básica (do ambiente) para que o indivíduo possa ser corresponde ao desenho de uma bolha dentro de outra.

⁷⁰ Winnicott, 1955d, p. 377.

⁷¹ Freud, 1937c, p. 241, nota 2.

⁷² Assoun, 2006, p. 67.

⁷³ Winnicott, 1988, p. 148.

Caso a bolha maior, o ambiente, não puxe nem empurre, o indivíduo, a bolha menor, poderá ser por si mesmo. Qualquer modificação que seja vivida muito mais como uma reação a uma pressão externa do que pelo impulso próprio significará uma interrupção nessa continuidade de ser e o lugar do ser é substituído pela reação à intrusão.

No início, o ambiente (a mãe-ambiente) precisa adaptar-se às necessidades do bebê para garantir a sua possibilidade de ser e continuar sendo, sem quebrar a linha da vida. Tudo aquilo que atrapalha e interrompe a continuidade de ser é causa de falta de saúde. Noutros termos, todo viver reativo corresponde a uma patologia do ser, que é, então *aniquilado*, perdendo seu impulso próprio e substituído pela reação: "a alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila"⁷⁴. Ser, aqui, tem um sentido muito específico, significa ser por si mesmo e não como algo que é projetado ou introjetado, puxado ou empurrado pelo ambiente.

Concomitante às primeiras integrações, há o processo de *personalização* ou do *alojamento da psique no corpo*, também como um dos fundamentos da saúde. No início, não há uma identidade inerente entre o corpo e a psique, mas, "gradualmente, a psique chega a um acordo com o corpo, de tal modo que na saúde existe eventualmente um estado no qual as fronteiras do corpo são também as fronteiras da psique"⁷⁵. Note-se que, para Winnicott, a mente é apenas um dos modos de funcionamento da psique, um tipo de especialização da psique que, na saúde, não se sobrepõe nem à psique nem ao corpo, muito menos ao ambiente. Em casos patológicos, pode ocorrer, dentre as diversas disfunções associadas à parceria psicossomática, de a mente ocupar um lugar de destaque e sobrepor-se à própria função dos cuidados ambientais; a mente passa a ser a parte do indivíduo que se ocupa do indivíduo e do ambiente e, neste caso, ocorre uma disfunção patológica: "Na saúde, a mente não usurpa a função do ambiente"⁷⁶.

Num momento mais tardio do processo de desenvolvimento emocional, tendo conquistado a unidade pessoal, ocorre também a integração dos instintos (que eram vividos inicialmente como externos ao indivíduo⁷⁷) nessa unidade, fazendo com que a questão da administração da vida instintual nas relações interpessoais seja não só uma das tarefas da existência, como um dos parâmetros do grau de saúde do indivíduo. Chegando nesse tipo de integração ou maturidade, caberá, também na saúde,

⁷⁴ Winnicott, 1960c, p. 47.

⁷⁵ Winnicott, 1988, p. 144.

⁷⁶ Winnicott, 1954a, p. 336.

⁷⁷ Diz Winnicott: "Os instintos não estão ainda claramente definidos como internos ao lactente. Os instintos podem ser tão externos como o toar de um trovão ou uma pancada" (1965m, p. 129).

a capacidade de manter o self relativamente no controle da vida instintual: "É o eu (self) que tem de preceder o uso do instinto pelo eu (self); o cavaleiro deve dirigir o cavalo, e não se deixar levar"⁷⁸. Não se trata, apenas, da questão relativa à administração dos instintos ou da sexualidade, mas a algo mais amplo, a um processo de integração que coloca a necessidade de ser como primordial e como condição para o fazer (instintual).

O modo de ser que caracteriza a saúde corresponde muito mais a um estado de *riqueza da personalidade* do que ao de ausência de sintomas ou de sofrimento. Diz Winnicott, nesse sentido:

Talvez a psicanálise tenha tido, outrora, tendência a *considerar a saúde simplesmente como uma ausência de desordem psíquica*. Isso não nos é mais o suficiente. Nós temos necessidade, hoje, de critérios mais sutis. Por outro lado, não é necessário rejeitar o antigo modo de pensamento, mesmo se nós nos referimos agora a noções como as de liberdade interior, capacidade de confiança e fé, confiabilidade e constância de objeto, de liberdade em relação às ilusões que nós fazemos, mesmo se nós nos referimos enfim a alguma coisa que, enquanto qualidade da realidade psíquica pessoal, é mais da ordem da riqueza do que do que pobreza⁷⁹.

Essa riqueza diz respeito a estar apto a usar uma diversidade de recursos para ser a partir de si mesmo, a poder relacionar-se com diversos outros, a não ser muito rígido (nem consigo, nem com os outros) e a poder lidar com os processos de não integração que advêm de uma vida que pode ser criativa. É talvez, nesse sentido, que Winnicott diz que "somos de fato muito pobres se formos apenas sãos"⁸⁰.

Segundo Winnicott, a neurose pode ser considerada um sinônimo de saúde, como um modo de ser condizente com as dificuldades que o ser humano encontra nas suas relações interpessoais: "A neurose propriamente dita [*true neurosis*] não é necessariamente uma doença, e deveríamos pensar nela em primeiro lugar como um tributo ao fato de que a vida é difícil"⁸¹. A neurose, enquanto uma doença, está associada muito mais à *rigidez* das defesas estabelecidas do que à própria natureza da organização psíquica. Ser saudável significa, pois, num certo sentido, ser uma pessoa inteira que se relaciona com os outros como pessoas inteiras, administrando os impulsos amorosos e destrutivos que anima essas relações, impulsionadas também pela necessidade de administrar a vida instintual nas relações interpessoais. Ou seja, para fazer uma enunciação

⁷⁸ Winnicott, 1967b, p. 137.

⁷⁹ Winnicott, 1971f, p. 9.

⁸⁰ Winnicott, 1945d, p. 150.

⁸¹ Winnicott, 1958m, p. 420.

sintética, ser saudável é ser um neurótico sem defesas muito rígidas contra as ansiedades advindas das relações interpessoais.

Mas ser uma pessoa inteira e agir a partir de si mesmo nos leva a diversas formas de FAZER coisas no mundo, com os objetos e com os outros, sendo que, para que o FAZER possa ter sentido é necessário que esse fazer ocorra a partir da experiência de ser. É nesse sentido que Winnicott afirma: "De ser vem o fazer, mas não pode existir o fazer antes do ser; esta é a mensagem que eles [os adolescentes] nos enviam"⁸².

O que faz com que a vida valha a pena ser vivida é justamente a possibilidade de agir por si mesmo, com base em uma individualidade que não é constituída reativamente ou, noutros termos, em uma ação que pode ser caracterizada como criativa ou espontânea. Ser criativo aqui não diz respeito a produzir algo "novo" que tem valor social (no campo das artes ou de qualquer outro ramo do conhecimento), mas a ser espontâneo, a ser a partir de si mesmo, ainda que isto não tenha valor social. É tal como a criança que diz: "pai, mãe, olha o que eu fiz!", dando uma cambalhota ou mostrando um garrancho informe num papel... o importante é o gesto espontâneo, que é sentido como criativo, que é sentido como expressão de si mesmo. Diz Guyomard, comentando esse aspecto da vida criativa ou espontânea:

A criatividade não se refere à criação da obra de arte. A criatividade designa o sentimento de existir, ela está ligada à vida de cada um, é uma criatividade pessoal, no sentido no qual se diz ter uma vida criativa ou criadora; ser criativo é sentir-se vivo. A criatividade dá uma coloração a toda atitude diante da realidade exterior; uma coloração de cores, e também de contrastes, uma diversidade⁸³.

Em oposição ao viver criativo, viver espontaneamente por si mesmo, que faz com que a vida valha a pena ser vivida, temos a submissão que aniquila o ser na sua possibilidade de agir por si mesmo, tornando a vida sem sentido, sem interesse ou mesmo fútil: "viver criativamente constitui um estado saudável [...] a submissão é uma base doentia para vida"⁸⁴.

Outro aspecto da saúde é a possibilidade de *cuidar de si mesmo*, adquirida pela incorporação dos cuidados recebidos, o que, por sua vez, também significa uma integração que deixa o indivíduo num estado mais confortável e apto para lidar com o mundo⁸⁵. Na saúde, o indivíduo não é ingênuo nem paranoide, ou seja, ele teve um ambiente suficientemente

⁸² Winnicott, 1971f, p. 7.

⁸³ Guyomard, 2009, p. 114.

⁸⁴ Winnicott, 1971g, p. 75.

⁸⁵ Winnicott, 1988, p. 137.

bom (seja no início, seja mais tardiamente) que possibilitou que sua integração não tenha sido vivida excessivamente como um ato de hostilidade em relação ao não-eu nem ocorrido tendo no ambiente a sua causa principal. O tipo de cuidado do ambiente suficientemente bom está entre esses dois extremos e é por isso que o cuidado ambiental pode ser incorporado como base para o cuidado de si mesmo: "A partir desta base, o indivíduo pode tornar-se capaz de substituir o cuidado recebido por um cuidar-de-si-mesmo, e pode desta forma alcançar uma grande independência, que não é possível nem no extremo paranoide nem no extremo ingênuo"⁸⁶.

O indivíduo integrado que pode cuidar de si mesmo também incluiria nesse cuidado a preocupação com os outros, com o ambiente em que vive e com os efeitos de seu viver (suas ações) em relação aos outros, integrando seus impulsos amorosos e destrutivos. É neste sentido que Winnicott também caracteriza a *capacidade de reparar danos* e de *sentir-se deprimido* como atributos da saúde. Na saúde, o indivíduo pode cuidar de si e do outro, pode sentir-se responsável pelo bom e pelo mal que podem advir de suas ações, sentir arrependimento pelo dano feito e alegria pelo bem alcançado. Ao identificar a depressão como a mais nobre das doenças humanas, Winnicott diz: "é verdade que a depressão, mesmo que terrível, tem que ser respeitada como evidência de integração pessoal"⁸⁷.

Este *agir por si mesmo* corresponde tanto a um gesto espontâneo quanto a uma ação deliberadamente escolhida em função da situação e do ambiente. A ação espontânea corresponde a um tipo de ação que reitera a consistência (permanência) do si mesmo, que se mostra, então, com a marca da confiança em si. Por um lado, é uma ação não conscientemente orientada, mas, por outro, corresponde também a uma ação do indivíduo nessa direção; em alguns momentos, o indivíduo agirá espontaneamente ou naturalmente, da mesma forma que um ator age naturalmente.

Na saúde, o ser humano pode, então, adaptar-se ao mundo sem perda demasiada do senso de si mesmo e de sua espontaneidade, ou sem perda excessiva de seu impulso pessoal. A adaptação ao mundo corresponde tanto a poder colocar-se no lugar do outro como ter a capacidade de fazer o inverso, realizando aquilo que Winnicott caracterizou como a possibilidade de realizar *identificações cruzadas*⁸⁸, ou seja, de poder colocar-se no lugar do outro; também pode identificar-se com grupos cada vez mais amplos, sendo que a vida, para ele, na saúde, é um processo que leva o indivíduo a ampliar os seus "cercados"⁸⁹, com seus riscos e desafios que estimulam o indivíduo numa certa "expansão para ser si

⁸⁶ Winnicott, 1988, p. 146.

⁸⁷ Winnicott, 1971f, p. 17.

⁸⁸ Winnicott, 1986f, p. 111.

⁸⁹ Winnicott, 1965q, p. 53.

mesmo". Ou seja, na saúde, temos um processo de *socialização* sem perda de si mesmo:

O adulto é capaz de satisfazer suas necessidades pessoais sem ser antissocial, e, na verdade, sem falhar em assumir alguma responsabilidade pela manutenção ou pela modificação da sociedade em que se encontra⁹⁰.

Referindo-se a modos de ser, em termos descritivos, Winnicott diz qual é a sua concepção de uma pessoa saudável:

A vida de um indivíduo não se caracteriza mais por medos, sentimentos conflitantes, dúvidas, frustrações do que por seus aspectos positivos. O essencial é que o homem ou a mulher se sintam *vivendo sua própria vida*, responsabilizando-se por suas ações ou inações, sentindo-se capazes de atribuírem a si o mérito de um sucesso ou a responsabilidade de um fracasso. Pode-se dizer, em suma, que o indivíduo saiu da dependência para entrar na independência ou autonomia⁹¹.

A adaptação saudável à realidade congrega a área dos fenômenos subjetivos com a dos percebidos objetivamente, tanto as mantendo em separado como constituindo também uma terceira área da experiência, nem externa nem interna, a dos fenômenos e objetos transicionais. Essa área de junção corresponde também, para Winnicott, à área do brincar, em que o mundo é, ao mesmo tempo, criado e encontrado, constituindo o cerne da existência e da experiência humana: "É com base no brincar que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem"⁹². A *capacidade de brincar* corresponde, pois, a um atributo que caracteriza a saúde, entendendo-se esse brincar como uma atividade criativa e expressiva em que o indivíduo compartilha o mundo com os outros, criando-o e encontrando-o. Na saúde, esse brincar se expressa na participação da vida em grupo e na riqueza da vida cultural. É justamente nesse lugar, em que compartilhamos o mundo interno e o mundo externo, nesse lugar intermediário entre esses dois mundos, que Winnicott reconhece estar o lugar em que vivemos uma vida que vale a pena ser vivida.

Cabe, ainda, explicitar que esse viver espontaneamente a partir de si mesmo também implica reconhecer-se em suas qualidades, potencialidades e limitações (individuais e sociais):

As pessoas têm que aceitar o que são e aceitar a história de seu desenvolvimento pessoal, justamente com as influências e atitudes am-

⁹⁰ Winnicott, 1965r, p. 80

⁹¹ Winnicott, 1971f, p. 30.

⁹² Winnicott, 1971r, p. 93.

bientais locais; elas têm que continuar vivas e, vivendo, tentar se relacionar com a sociedade de modo a haver uma contribuição nos dois sentidos⁹³.

Em resumo, podemos afirmar que a concepção descritiva da saúde, em Winnicott, está referida a fenômenos do tipo: ter uma vida própria, sentida como real, vivida a partir de si mesmo, adaptando-se ao mundo, mas sem perda em demasia da espontaneidade, saber cuidar de si mesmo como também dos outros com os quais se vive, poder assumir a responsabilidade pelos sucessos e fracassos, sentir-se culpado, ter consideração com o outro etc. Tais descrições do que seria a saúde não implicam considerar uma noção de normalidade. Assim, ao dizer quais seriam as características da saúde, Winnicott se refere a modos de ser como: viver criativamente, de uma maneira não submissa; cuidar de si mesmo; ter a capacidade de reparar danos; ter a capacidade de sentir-se deprimido; agir espontaneamente ou naturalmente, da mesma forma que um ator age naturalmente; adaptar-se ao mundo, sem perda demasiada do senso de si mesmo e da espontaneidade; poder colocar-se no lugar dos outros; ter a possibilidade de identificação e cuidado com o outro e com o bem cultural.

Redescrição dos objetivos

Já comentei que, para Freud, os objetivos do tratamento psicanalítico correspondem à tarefa de fortalecer o eu, torná-lo mais independente das pressões ou exigências do superego (pressão moral, pessoal ou social, interiorizadas) e do id (pressões instintuais), aumentar o campo de percepção do paciente e, tanto quanto possível, expandir sua organização de maneira que ele (seu ego) possa ser mais autônomo. Para ele, falando de uma maneira mais descritiva, pode-se dizer que o tratamento psicanalítico busca conquistar a *capacidade de agir e de ter prazer na vida*, em termos gerais, sem grandes restrições e, para isso, deve-se suprimir as amnésias, fazer regredir os recalcamientos, tornar o inconsciente acessível ao consciente, o que ocorre pela vitória sobre as resistências. Numa enunciação mais simples, retomando a Freud, pode-se afirmar que a psicanálise "torna a vida mais simples [...] ela fornece o fio que conduz a pessoa para fora do labirinto do seu inconsciente"⁹⁴. Isso não significa, no entanto, a eliminação da neurose e de todos os sintomas, mas tão somente a conquista de uma maior autonomia nas relações interpessoais do paciente.⁹⁵

⁹³ Winnicott, 1986f, p. 189.

⁹⁴ Freud, 1988.

⁹⁵ Freud 1912b, p. 114.

Considerando as transformações e os progressos propostos por Melanie Klein, pode-se afirmar que uma análise visa, em última instância, à integração da personalidade do paciente. Segundo Klein⁹⁶, a afirmação de Freud "onde o id está, o ego deve advir" corresponde à direção do tratamento psicanalítico. Isso significa, por um lado, a integração dos impulsos amorosos e destrutivos que caracterizam a posição depressiva, sempre focada nas relações de objeto marcadas pela instintualidade e pelo cenário edípico; por outro, critérios ideais para a saúde, como ter atingido a capacidade de amar com potência instintual e heterossexualidade estabelecidas, de estabelecer relações de objeto e trabalhar, e possibilitar a integração do ego, que opera em favor da estabilidade mental ligada a defesas adequadas⁹⁷.

Quando Winnicott, no entanto, explicita quais seriam os objetivos do tratamento psicanalítico, o faz em uma linguagem e em uma perspectiva que é diferente da maneira como Freud e Klein o fazem, ainda que esteja apoiada neles. Nesse sentido, um dos objetivos do tratamento psicanalítico corresponde à integração do indivíduo: como sujeito psicológico que tem um dentro e um fora e chegou ao *status* de pessoa inteira, integração da vida instintual como algo que é sentido como advindo de dentro deste sujeito (dado que, no início, esta vida instintual seria vivida como advinda de fora), integração dos impulsos amorosos e destrutivos, integração da confiança na possibilidade de reparar danos etc. Mais ainda, ele tem em mente todos os aspectos que caracterizam o que é um indivíduo saudável, tal como explicitarei no item anterior.

Ao explicitar quais são seus objetivos iniciais, quando se propõe a começar uma tratamento psicoterápico, ele elenca uma série de características relacionadas à sua postura como analista, a saber: ele procura manter-se vivo, bem, desperto, ser ele mesmo, portar-se bem; não quer que a análise se perpetue como um modo de vida ou um aspecto constituinte da vida de alguém; adapta-se às necessidades do paciente, procurando se comunicar com o paciente a partir da posição em que a *neurose (ou psicose) de transferência o coloca*⁹⁸.

No que se refere ao paciente, em termos gerais, trata-se sempre de poder levá-lo a integrar a si mesmo e à sua história de modo a fornecer-lhe ou restituir-lhe a possibilidade de viver a partir de si mesmo, e não de uma forma reativa; trata-se de trabalhar para que o paciente possa conquistar certa autonomia e possa retomar a administração da sua vida, sentindo como natural existir a partir de si mesmo. Nesse contexto, ele aponta quais seriam as três grandes fases do tratamento psicanalítico, ain-

⁹⁶ Klein, 1957, p. 263.

⁹⁷ Klein, 1950, pp. 65-67.

⁹⁸ Winnicott, 1965f, p. 152.

da que enunciadas considerando que o paciente chegou a certa integração do seu eu (nos casos em que isto ainda não ocorreu, trata-se de fornecer as condições de sustentação ambiental para que ocorra). Diz ele sobre essas três fases, enunciadas pedagogicamente de forma ideal:

1. Contamos [no início] com certa força do ego nos estágios iniciais da análise, pelo apoio que simplesmente damos ao ego por fazer análise padrão, e fazê-la bem. Isto corresponde ao apoio dado ao ego pela mãe que (na minha teoria) torna forte o ego da criança se, e somente se, é capaz de desempenhar sua parte especial nesta época. Isto é temporário e faz parte de uma fase especial.
2. Segue-se então uma longa fase em que a confiança do paciente no processo analítico acarreta todo tipo de experimentação (por parte do paciente) em termos de independência do ego.
3. Na terceira fase, o ego do paciente, agora independente, começa a se revelar e afirmar suas características individuais, começando o paciente a ver como natural o sentimento de existir por si mesmo⁹⁹.

As psicopatologias e os aspectos gerais que orientam os tratamentos psicoterápicos para Winnicott

Winnicott faz uma distinção importante entre o que ele caracteriza como sendo uma análise-padrão, a ser utilizada e aplicada, em geral, no tratamento de pacientes neuróticos, e uma análise aplicada, que não se colocando no mesmo *setting* de trabalho desenvolve uma psicoterapia a partir da teoria psicanalítica do desenvolvimento emocional, mas realizando uma série de adaptações que dizem respeito às necessidades específicas de alguns pacientes. Winnicott diz que ele faz análise (padrão) quando isso é necessário e possível, e que faz outra coisa (ainda que isso, como veremos, não seja qualquer coisa) quando uma análise padrão não é possível ou não é adequada para o tipo de tratamento que o paciente precisa. Vejamos, então, as diversas maneiras como ele considera devam ser os tratamentos psicoterápicos, em função dos tipos de organização e dos sintomas que os pacientes apresentam.

De modo geral há, para Winnicott, três tipos de pacientes que chegam ao nosso consultório: *os integrados, os recém-integrados e os não integrados*, em termos da conquista da unidade do sujeito psicológico.

Primeiro, os que chegaram a integrar-se como *pessoas inteiras*, cujas dificuldades dizem respeito a seus relacionamentos interpessoais, nos quais precisam administrar a vida instintual ou pulsional, num cenário

⁹⁹ Winnicott, 1965d, p. 154.

edípico; enfim, os neuróticos. Seus problemas dizem respeito, pois, a suas organizações e conflitos internos e a técnica para tratá-los é a que Freud desenvolveu criando a psicanálise.

Em segundo, aqueles pacientes que são *recém-integrados*, ou seja, aqueles para quem a integração pessoal começa a tornar-se algo com que podem contar, aqueles que começam a ter de lidar com o amor e o ódio como impulsos conjugados e que começam a reconhecer que dependem do mundo. Estes são instáveis no que são, em termos da sua integração pessoal e em termos do que podem contar para si e para seus relacionamentos, eles têm problemas de *humor* e poderiam ser contados entre aqueles que têm sintomas relacionados à depressão. Estes pacientes precisarão ter confirmada a sua integração, ter confirmada a estabilidade ambiental que os sustenta no que são; como diz Winnicott, nestes casos o elemento importante é a *sobrevivência do analista* na condição de fator dinâmico, ou seja, em termos do fator de sustentação afetiva que sobrevive às oscilações e às experiências relacionais que o paciente precisará fazer, experiências nas quais ele experimentará impulsos amorosos e impulsos destrutivos, bem como a possibilidade de reparar. Para tratar desses pacientes o analista deverá cuidar, às vezes por longos períodos, de permanecer no lugar da sustentação ambiental, lugar no qual o paciente se sente visto e entendido no que é e nas suas dúvidas e oscilações.

Em terceiro, aqueles pacientes que são pessoas que *não são integradas* (numa unidade do sujeito psicológico, num EU SOU que tem um mundo interno e um externo diferenciados). Esses pacientes não têm, ainda, a estrutura da personalidade (a integração numa unidade do sujeito psicológico) solidamente integrada. O tratamento desses pacientes deverá, necessariamente, levar analista e paciente a lidarem com o que ocorreu ou deveria ter ocorrido nos estágios iniciais do desenvolvimento, quando a personalidade ainda não havia adquirido o *status* de unidade e dependia, de maneira profunda, da sustentação ambiental. A técnica para estes tratamentos diz respeito à retomada da provisão ambiental, com o manejo dessa situação e/ou sustentação ocupando a maior parte do tratamento.

O primeiro modo de tratamento, dirigido às pessoas inteiras, corresponde ao que poderíamos, junto com Winnicott, denominar de *análise padrão*; enquanto que as outras duas, ainda que realizadas a partir do entendimento psicanalítico do processo de desenvolvimento, corresponde a *settings* e ações que diferem dos de uma análise padrão e, por isso, denominável de *análise modificada*.

No caso de pacientes que não chegaram à organização neurótica, sejam eles psicóticos, deprimidos ou borderlines, ou seja, os que têm problemas para chegar a integrar-se num EU SOU e poderem viver a partir daí, o tratamento visa, em última instância, levá-los a essa integração; o que os lançaria para o campo dos problemas existenciais neuróticos.

Não se trata de levar todos ao estado ideal de saúde, mas de encontrar – para cada um, dentro dos limites pessoais e sociais – um modo de ser possível no mundo, de maneira que o paciente possa ter uma vida que considere sua, real e possível, mais ainda, uma vida que valha a pena ser vivida! Winnicott aponta para o fato de que vivemos em algum lugar que não é nem o nosso mundo interno nem o mundo externo, mas num lugar onde é possível viver criando e encontrando a si mesmo e ao outro. Isto me parece importante de ser apontado, pois não se trata de levar a todos ao mesmo estado ideal de saúde, mas sim de *encontrar um lugar para viver*, mesmo que isto implique um conjunto de sintomas, um conjunto de limitações ou mesmo “anormalidades”. *Trata-se de encontrar um lugar possível para ser!*

Os problemas dos neuróticos e seu tratamento

A distinção entre neurose e psicose corresponde a uma das referências importantes que marcam o campo das psicopatologias, seja na psicanálise (bem como noutras linhas teóricas da psicologia) seja na psiquiatria. Tal distinção, geralmente aceita, ainda que os critérios para caracterizar a sua gênese sejam díspares, é útil para uma orientação geral da compreensão das organizações psicopatológicas¹⁰⁰. Esta distinção, focando aqui no ponto de vista da psicanálise, está referida ao fato de que o neurótico tem a *estrutura da personalidade* intacta (e sofre em função dos problemas que surgem advindos das suas relações interpessoais, nas quais ele tem de administrar a vida instintual) e o segundo não tem a *estrutura da personalidade* intacta (e sofre em função dos problemas que surgem para que possa chegar a essa organização ou integração).

Sabemos, no entanto, que essas distinções ou fronteiras entre as psicopatologias não são claras. A distinção entre os diversos quadros psicopatológicos tem, pois, uma função didática heurística, ele nos fornece uma direção básica que nos orienta inicialmente, ainda que necessite, ao menos para Winnicott, ser refeita ao longo do tratamento, para reorientar o entendimento de como o paciente está funcionando afetivamente e quais são as suas necessidades em termos do que deve orientar as ações psicoterapêuticas. Diz Winnicott, nesse sentido: “O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico

¹⁰⁰ Veja em Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* (1970), uma análise detalhada da história do desenvolvimento da psiquiatria e das psicologias que consideram a noção de inconsciente, explicitando como a psiquiatria fez um longo percurso até chegar a esta distinção. Também, em Foucault, *Doença mental e psicologia* (1988), temos uma análise dessa nosografia no quadro do desenvolvimento de uma história da psiquiatria. Para uma análise da teoria das psicoses em Freud, veja Simanke (1994).

com o continuar do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico"¹⁰¹.

Mas quais são as características do neurótico? De onde surgem os seus problemas? O que é necessário para tratá-los? Estarei indicando respostas breves a estas questões, sabendo, no entanto, da sua incompletude e das possíveis imprecisões que uma proposta deste tipo pode gerar. Aceita-se a imperfeição, em função dos objetivos gerais que desejo atingir, que nada mais é do que fornecer uma bússola para o trabalho clínico, ainda que isto não resolva nem explicita todas as dificuldades que há no caminho dos tratamentos psicoterápicos.

De um modo geral, Winnicott distingue dois tipos de pessoas: as que foram bem cuidadas no seu início e tiveram, nos estágios iniciais do seu desenvolvimento emocional, a sustentação ambiental que tornou possível a elas se integrarem numa unidade (unidade do sujeito psicológico) e chegaram ao *status* de serem pessoas inteiras que lidam com os outros também como pessoas inteiras: "o paciente [neurótico] existe como uma pessoa, é uma pessoa total, que reconhece objetos como totais; acha-se bem-alojado em seu próprio corpo e a capacidade de relacionamentos objetivos está bem-estabelecida"¹⁰².

A neurose corresponde, pois, a um indivíduo que, tendo tido a sustentação ambiental adequada para integrar-se, chegou a um estágio no qual uma série de integrações importantes ocorreu: ela conquistou um *status* pessoal de ser e sentir-se como uma *pessoa inteira*, que tem de administrar a sua vida instintual na suas relações interpessoais; relação esta marcada por ambiguidades, conflitos entre seus impulsos amorosos e destrutivos, sentimentos de culpa, necessidades e/ou possibilidades de reparação, identificações e projeções, impulsos e ideias homo e heterossexuais etc., no quadro do cenário edípico e, como um tipo de expansão, para além dele. O neurótico é aquele indivíduo que tem problemas de relacionamento (objetais)¹⁰³ e se vê, pois, em dificuldades, ante as intensas angústias que derivam da sua situação relacional. Em termos gerais, isso não significa que o paciente estaria doente, dado que todos os seres humanos que se integraram e chegaram a este ponto de ser-estar no mundo têm problemas desse tipo.

Quando os problemas neuróticos são uma organização psicopatológica?

A neurose torna-se uma patologia quando surgem conflitos e angústias intoleráveis derivados dos seus relacionamentos objetivos (derivados

¹⁰¹ Winnicott, 1965d, p. 154.

¹⁰² Winnicott, 1989vi, p. 53.

¹⁰³ Winnicott, 1989vi, p. 53.

dos seus desejos, amoroso e destrutivos, seus impulsos, desejos, constrictões pessoais e sociais etc.) e o indivíduo precisa estabelecer defesas que acabam por constrangê-lo em seu poder de ação existencial, ou seja, quando as defesas que ele utiliza tornam-se muito rígidas. Ou seja, para Winnicott, a psiconeurose adulta tem a sua etiologia no período da infância do indivíduo, período que vai dos dois aos cinco anos, período no qual a criança integrou-se a ponto de poder estabelecer relacionamentos interpessoais, com a capacidade de identificar-se com os pais, tendo de lidar com as pressões instintuais, no quadro do cenário edípico, onde a angústia de castração tem uma presença importante. Anna Freud fez um recenseamento importante dos principais mecanismos de defesa, do Ego, contra as angústias que derivam dos relacionamentos objetivos, dos quais Winnicott comenta os principais, ao referir-se aos modos de ser neuróticos.

Em primeiro lugar, a *repressão*, mecanismo que retira da consciência conflitos, ideias, sentimentos, desejos etc., mas nem por isso os elimina, o que leva o indivíduo a um constante trabalho psíquico para mantê-los para onde foram enviados, resultando num gasto significativo de suas energias, dado que tudo o que é reprimido está sujeito a voltar sob outras formas (sonhos, desejos, fantasias, projeções no mundo externo, sintomas etc.): como se diz, *o fantasma que expulsamos pela porta retorna pela janela!* Um dos grandes inconvenientes desse mecanismo de defesa é o fato de que ele também age sobre os próprios impulsos (sejam eles amorosos ou destrutivos), inibindo-os e, portanto, empobrecendo as possibilidades de ser a partir de si mesmo com os outros, nos relacionamentos interpessoais.

Em segundo, tal como Freud descobriu ocorrer no caso das histerias denominadas de conversão, ocorre que um conflito insuportável ou intolerável associado, pois, a uma determinada fantasia ou conjunto de fantasias são transferidos ou deslocados para o corpo, produzindo transtornos psicossomáticos. Nestes casos, o indivíduo, integrado no seu EU, produz o que se denominou de "sintomas de conversão": os conteúdos dos conflitos são colocados no corpo e ficam perdidos ou totalmente no corpo (podendo ou não serem expressões em termos hipocondríacos) e, nesse sentido, não ficam disponíveis para o pensamento e nem mesmo para o fantasiar do indivíduo. No que se refere ao que é necessário fazer, em termos psicoterápicos, Winnicott diz: "não existe solução para tal sintomatologia, exceto pela recuperação do conteúdo de fantasia perdido"¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Winnicott, 1989vi, p. 56. Nesse momento, Winnicott esclarece que ele pode estar usando o termo fantasia de uma maneira que difere um pouco do uso tradicional, na história da psicanálise: "Ocorre-me que possa estar usando a palavra "fantasia" de uma maneira que não é familiar a alguns de vocês. Não estou falando sobre o fantasiar, ou sobre a fantasia imaginada, mas sim pensando na totalidade da realidade psíquica ou pessoal da criança, certa parte dela consciente, mas a maior parte, inconsciente, e, ainda, incluindo aquilo que não é verbalizado, imaginado ou ouvido de maneira estrutural, por ser primitivo e próximo das raízes quase fisiológicas das quais brota".

Em terceiro, um tipo de mecanismo de defesa que lança ou projeta para o mundo exterior o conflito intolerável, produzindo, assim, fobias (dos mais variados tipos), de modo que tal projeção, colocada no mundo externo, poderia afastar do indivíduo os conflitos que ele estaria vivendo, por exemplo, em relação ao complexo de Édipo, à rivalidade entre irmãos, a desejos homossexuais inaceitáveis etc.

Em quarto, o tipo de defesa que procura controlar, com a força do pensamento, aquilo que não é controlável (o conflito e suas fantasias derivadas), um tipo de tentativa de impedir que os impulsos, sentimentos, desejos e/ou conflitos surjam novamente, especialmente os impulsos agressivos ou destrutivos: a defesa que gera uma obsessão ou sintoma obsessivo. Trata-se de uma maneira de evitar que a destruição tome conta e se sobreponha aos impulsos construtivos e reparadores. O neurótico obsessivo quer organizar e controlar o mundo.

Muitas outras formações neuróticas poderiam ser descritas, considerando este tipo de cenário, no entanto, o importante aqui é caracterizar qual é o tipo geral de problema com que os neuróticos têm de lidar:

Em todos os casos, o padrão das defesas é contra a ansiedade no nível de complexo edipiano, e determinada, até certo ponto, pelo caráter do meio ambiente, mas o impulso (*drive*) à formação psiconeurótica de sintomas provém de conflitos essenciais, existentes no indivíduo, entre amor e ódio, conflitos esses que indicam um desenvolvimento emocional sadio no sentido da estruturação e fortaleza do ego, e também indicam um fracasso do ego em tolerar as consequências das tensões instintivas ou do id¹⁰⁵.

O que é necessário para tratar dos neuróticos?

Podemos, pois, afirmar que a psicose não tem a sua etiologia nas falhas ambientais das fases iniciais do desenvolvimento emocional, mas que derivam dos conflitos internos que o indivíduo, então integrado, precisa lidar. O que estará em jogo no tratamento desses pacientes são os conflitos, as ambiguidades, as identificações ou dizem respeito à sua existência como pessoa inteira. Poderíamos dizer que o neurótico tem, como tarefa, distinguir entre o que ocorre no seu mundo interno e o que ele vive no seu mundo externo, entre as suas fantasias e a realidade, mas considerando que ele tem problemas derivados da constante tarefa de administrar a vida instintual nos relacionamentos interpessoais no quadro do cenário edípico, tendo de viver os impulsos amorosos e destrutivos como constitutivamente unidos ao si mesmo, aos outros e às suas relações. Winnicott, então, ao caracterizar os neuróticos como aqueles pacien-

tes que são pessoas inteiras, afirma que a técnica para cuidar destes foi a estabelecida por Freud e que pode ser caracterizada como sendo a análise padrão, que trabalha para fazer a distinção e o esclarecimento dos conflitos que o paciente vive nas suas relações interpessoais, revivendo com o analista os seus modos de amar neuróticos.

Os problemas dos psicóticos e seu tratamento

Os psicóticos são, pois, todos aqueles que não tiveram os cuidados necessários nas fases mais iniciais do desenvolvimento, para poderem integrar-se, ou seja, todos os que não são neuróticos. Entre estes dois extremos há os deprimidos, mas falaremos deles um pouco mais à frente. Os psicóticos são aqueles que têm problemas relativos a estar no mundo, a integrar-se numa unidade; eles se sentem desintegrados, não têm contato com o seu próprio corpo, ou ainda, com aquilo que nós, observadores, chamamos de realidade externa¹⁰⁶.

Podemos dizer, no quadro da teoria winnicottiana do processo de desenvolvimento emocional, que os psicóticos têm problemas para ser-no-mundo. Eles lutam para chegar a um ponto a partir do qual possam viver, lutam para chegar à vida, por assim dizer. O que vivem, em termos de como se apreendem, diz respeito a um sentimento de não integração, às vezes de irrealidade ou de futilidade (em relação à vida), eles vivem angústias que não são as que derivam das relações objetais, são *angústias de aniquilamento*, ou ainda, angústias ou agonias que Winnicott denominou de *impensáveis*, as quais ele descreve como o paciente se sentindo quebrando ou quebrado em pedaços, caindo para sempre, não sentindo a conexão com seu próprio corpo, carecendo de orientação: "Pode-se reconhecer que essas são especificamente a essência das ansiedades psicóticas, e pertencem, clinicamente, à esquizofrenia ou ao aparecimento de um elemento esquizoide oculto em uma personalidade não psicótica nos demais aspectos"¹⁰⁷.

Os psicóticos têm problemas em ser, enquanto que os neuróticos estão envolvidos com os problemas de fazer.

De onde surgem os problemas dos psicóticos?

Para Winnicott, as psicoses estão relacionadas a falhas ambientais que ocorrem nas fases mais primitivas do desenvolvimento. No quadro da sua teoria, há um longo processo que leva o bebê do estado de não integração em que nasce até o estado em que ele conquista a possibilidade de sentir-

¹⁰⁶ Winnicott, 1989vi, p. 53.

¹⁰⁷ Winnicott, 1965n, p. 57.

se e relacionar-se como sendo uma pessoa inteira. Esse processo implica uma série de integrações que, no caso das psicoses, estão perturbadas ou inexistentes. Na primeira fase, a da dependência absoluta, o bebê depende do ambiente sem nada saber da existência do ambiente, ele não considera que existe alguma realidade não self. O bebê vive a ilusão de que das suas necessidades advêm os objetos de que necessita e, por isso, Winnicott caracteriza essa ilusão como sendo uma *ilusão de onipotência*. Neste período inicial, que dura aproximadamente quatro meses, é a sustentação ambiental (adaptação da mãe-ambiente às necessidades da criança) que torna possível ao bebê ter suas necessidades atendidas, sem que um padrão de decepção ou desilusão se instale, e com isso, o bebê começa a ter algumas aquisições integrativas: ele começa a ter uma determinada noção de tempo, evidentemente um tempo que depende dos cuidados que recebe e, portanto, um tempo subjetivo, o que podemos caracterizar como um processo de temporalização; da mesma forma, um processo de espacialização; bem como o início das experiências de si mesmo e a associação ou conjunção entre o que ocorre com o seu corpo e os sentidos dados a estes acontecimentos (que Winnicott caracterizou como sendo o processo de alojamento da psique no corpo, ou personalização). Na segunda fase, denominada de dependência relativa, o bebê começa, homeopaticamente, a perceber que há uma realidade não self, passa por um modo de relação com a realidade que Winnicott denominou transicional (dado que não está, ainda, nestas relações nem no mundo dos objetos subjetivos da primeira fase, nem na dos objetos objetivamente dados, que vai caracterizar um modo de relação no final desse período) até que, depois de um longo processo, ele chega a integrar-se num EU Sou, distinguindo, conseqüentemente, aquilo que é Não Eu. A continuidade desse processo, com a fase seguinte, denominada por Winnicott de fase do concernimento, também com uma série de integrações, levará este EU SOU a ser uma pessoa inteira.

Ao retomar sinteticamente esta descrição dos processos de integração, focados no EU ou na estrutura unitária da personalidade, quero enfatizar o ponto de vista de Winnicott que credita às falhas ambientais, nesses períodos, a origem das perturbações psicóticas. Diz Winnicott, nesse sentido:

Em meu trabalho *Psicose e Cuidado Infantil*, que apresentei em 1952, surpreendi a mim mesmo dizendo que a esquizofrenia é uma doença de deficiência ambiental, isto é, uma enfermidade que depende mais que a psicose de certas anormalidades ambientais. É verdade que há também fatores herdados poderosos em alguns casos de esquizofrenia, mas deve-se recordar que, do ângulo puramente psicológico, fatores herdados são ambientais, isto é, externos à vida e à experiência da psique individual¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Winnicott, 1989vl, p. 97.

Pode-se discutir se Winnicott exagerou ou não nessa afirmação, como fazem alguns comentadores, mas o que importa aqui, para o desenvolvimento de pesquisas, tratamentos e verificações, é saber se um tratamento – que leva esta hipótese em consideração e, portanto, age de acordo com o que pretende concertar ou corrigir – seria eficaz. Mais ainda, se assim considerarmos a origem da esquizofrenia, poderíamos também afirmar que ela poderia ser erradicada, tal como foram outras doenças, a partir de cuidados profiláticos. Diz Winnicott, nesse sentido: “Não aceitamos esquizofrenia infantil mais do que aceitamos poliomielite ou a condição da criança espástica. Tentamos prevenir, e esperamos ser capazes de conduzir à cura onde quer que haja anormalidade que signifique sofrimento para alguém”¹⁰⁹.

O que é necessário para tratar de pacientes psicóticos?

Se a origem da psicose está nas falhas ambientais ocorridas nas fases mais iniciais do desenvolvimento emocional, a sua cura, ou profilaxia, também está nos cuidados ambientais que podem ser fornecidos, procurando reproduzir, dentro do possível, aquilo que um ambiente saudável faz ao cuidar de um bebê. Winnicott diz que para estes pacientes será necessário fornecer provisão ambiental que sustenta o paciente, tal como uma mãe sustenta um bebê, ainda que um analista não possa, efetivamente, substituir a mãe ou o ambiente falho que o paciente teve na sua existência. Trata-se de fornecer novas experiências de sustentação ambiental para que o paciente possa, vivendo-as, colher os frutos de uma integração (ou integrações) possível. Diz Winnicott:

Para o neurótico, o divã, o calor e o conforto podem *simbolizar* o amor da mãe. Para o psicótico seria mais correto dizer que essas coisas são a expressão física do amor do analista. O divã é o colo ou o útero do analista, e o calor é o calor vivo do corpo do analista. E assim por diante¹¹⁰.

Não se trata, pois, tanto de analisar simbolicamente os fatos ocorridos na história do paciente, ressignificando-os, mas sim de dar a possibilidade de experimentar uma adaptação ambiental suficientemente boa, que torna possível ao paciente integrar-se sem ser aniquilado.

Nesse sentido, tanto as práticas curativas quanto as profiláticas estariam centradas e pensadas no tipo de sustentação ambiental, só possível de ser realizada por efetivos encontros inter-humanos pessoais e contínuos, tal como o bebê depende dos cuidados pessoais e contínuos e não

¹⁰⁹ Winnicott, 1965vc, p. 65.

¹¹⁰ Winnicott, 1949f, p. 283.

de cuidados técnicos para poder integrar-se e ser um, no horizonte da saúde, um cidadão do mundo que age segundo uma ética do cuidado (não por coerção, mas por projeção dos cuidados recebidos e como uma necessidade advinda de si mesmo). Creio que tal perspectiva pode reorientar os cuidados necessários a serem dados nas instituições psiquiátricas, nos orfanatos, nos abrigos e em todas as outras instituições de cuidado análogas a essas.

Não procuro, aqui, fazer uma descrição de como tratar, especificamente, desses pacientes, mas sim apontar o tipo de cuidado e a direção dos cuidados necessários, considerando, pois, a hipótese da sua origem nas falhas ambientais. Certamente, nessa direção, há todos os tipos de limite a serem considerados, mas não é pela dificuldade de implantar um tratamento que devemos, então, abandonar esse tipo de compreensão.

Os problemas dos deprimidos e seu tratamento

Por um lado, tal como na neurose, poder deprimir corresponde a uma qualidade própria da saúde, exige que o indivíduo tenha atingido um determinado grau de integração pessoal e que possa sentir-se responsável: "Estar deprimido é uma conquista e implica alto grau de integração pessoal e uma aceitação da responsabilidade por toda a destrutividade que está ligada a viver, à vida instintiva e à raiva à frustração"¹¹¹. Deprimir ante a perda de uma pessoa, de um objeto ou de uma situação amada, ou que constitui mesmo uma parte significativa do mundo do indivíduo, corresponde a uma reação saudável; deprimir em função de um sentimento de culpa por algo que o indivíduo, direta ou indiretamente, tem alguma responsabilidade, também corresponde a uma reação real e saudável:

A saúde que é inerente à capacidade de se sentir deprimido, sendo que o humor deprimido está próximo da capacidade de se sentir responsável, de se sentir culpado, de sentir arrependimento e de sentir alegria quando as coisas correm bem. No entanto, é verdade que a depressão, mesmo que terrível, tem que ser respeitada como evidência de integração pessoal¹¹².

No entanto, a depressão também pode ter, tal como na neurose, uma organização patológica: ela se instala como uma nuvem que nunca passa! Ela torna-se, pois uma patologia, inclusive uma das mais presentes no nosso mundo, adquirindo diversas formas e diversas denominações.

Em algum lugar entre a neurose e a psicose encontramos as depressões. Para Winnicott, os pacientes deprimidos são pessoas que chegaram

¹¹¹ Winnicott, 1965va, p. 160.

¹¹² Winnicott, 1971f. 17.

a um estado de integração, mas têm de lidar com uma série de problemas que advêm dessa integração (de si e dos objetos do mundo), seja com as suas ideias ou seus impulsos amorosos e destrutivos que acompanham a sua experiência com seus relacionamentos objetais, seja com as suas dúvidas em relação à permanência de suas conquistas integrativas; o deprimido vive na dúvida sobre integração de si e a existência permanente dos objetos.

Na depressão o indivíduo, seu corpo e sua alma, por assim dizer, é tomado por inteiro, o paciente fica submerso em seu humor:

Na depressão, a pessoa deprimida está administrando os conflitos que surgem no que poderia ser chamado de "alma" através de um controle global. Isto desce automaticamente, como uma nuvem. A organização da realidade interna que fornece o sentimento de depressão acontece de modo inconsciente, isto é, separadamente de qualquer coisa que possa ser chamada de deliberada. Da mesma maneira, a nuvem se levanta quando as coisas estão prontas para que isso aconteça. Este controle global pode afetar o corpo e, em alguns tipos de depressão, toda a fisiologia do corpo encontra-se em maré baixa. Os tecidos se acham menos vivos e um pouco mais próximos de estarem mortos¹¹³.

De onde surgem os problemas do paciente deprimido?

Estando entre a neurose e a psicose, ela também pode ter uma proximidade maior com um ou outro extremo. No caso da depressão mais próxima à neurose, estamos numa situação do tipo descrita por Freud, quando escreveu *Luto e Melancolia*: nesse tipo de depressão o paciente vive um luto permanente, pela perda de um objeto amado, objeto que ele incorpora como parte de si e sobre o qual lança uma série de reprimendas ou desqualificações (a sombra do objeto, perdido, recai sobre o ego do paciente), numa ação que nega a perda do objeto, tornando-o vivo dentro do indivíduo. No caso da depressão mais próxima à psicose, o paciente não perde propriamente um objeto, mas o mundo que o sustenta e que lhe dá contorno ou integração e é, por isso mesmo, que ele vive um tipo de depressão relacionada a problemas de ser, de integrar-se, tal como é o problema central no caso das psicoses.

Se na neurose é a rigidez das defesas que marcam a distinção entre a saúde e a doença, na depressão deve-se acrescentar à rigidez desse tipo de defesa a permanência e reiteração desse tipo de humor, como sendo uma tentativa de negação da sua origem, seja como uma possível perda do ambiente (e do contorno, sustentação, que ele dava) seja como uma perda de um objeto amado, no quadro das efetivas relações de objeto.

¹¹³ Winnicott, 1969g, p. 428.

O que é necessário para tratar das depressões?

O tratamento de pessoas deprimidas depende de sabermos se estamos mais próximos das neuroses ou das psicoses, sendo que cada extremo leva a prática clínica para o que necessitam cada estrutura. Mas há uma especificidade que faz com que a análise desses pacientes deva lidar com o que ocorre quando os indivíduos estão recém-chegados na sua unidade como indivíduos: "a análise tem a ver com esses primeiros momentos vinculados – e imediata e inerentemente subsequentes – não só na aquisição do *status* de unidade mas também à junção do amor e do ódio e ao reconhecimento incipiente da dependência"¹¹⁴; é como se estivéssemos tratando de um paciente que recém-ingressou na posição depressiva, tal como Klein descreveu ser este acontecimento, momento em que o indivíduo tem de lidar com a integração de si, a integração do amor e do ódio, em si e nos objetos, integração dos impulsos amorosos e destrutivos, num momento em que o indivíduo ainda é inseguro em relação à sua potência, inseguro e com medo de que os impulsos destrutivos vençam, o amor vença o ódio, inseguro quanto à possibilidade de reparação.

Esses pacientes precisarão se assegurar de que o mundo não vai se dissolver, de que eles mesmos não serão destruídos, ou seja, o analista precisará não tanto interpretar as ambiguidades das relações objetais, reais ou fantasiadas, mas sim fornecer as condições para que o paciente tenha a experiência de que o ambiente não é destruído em função do que ele vive. É comum, nesses casos, o paciente se sentir um peso para o analista, sentir-se chato e mesmo inconveniente, de modo que caberá ao analista sobreviver a esta tonalidade de relação transferencial, de permanecer vivo e presente no seu afeto e nos seus cuidados, de modo que o paciente pode ter a experiência de que o ambiente (o analista) não foi destruído, mais ainda, que houve alguma possibilidade de reparação. Diz Winnicott:

A técnica para esse tipo de trabalho não difere daquela adequada aos pacientes da primeira categoria. No entanto, surgem aqui novos problemas de manejo devidos ao espectro mais amplo do material clínico abordado. Do ponto de vista aqui adotado o elemento importante é a *sobrevivência do analista* na condição de fator dinâmico¹¹⁵.

Essa sobrevivência do analista, ou seja, a sua permanência como alguém que continua lá presente afetivamente para receber a comunicação que o paciente faz, e assim fazendo fornecer uma estabilidade ambiental que, por sua vez, pode fornecer ao paciente a segurança de permanecer

¹¹⁴ Winnicott, 1955d, p. 376.

¹¹⁵ Winnicott, 1955d, p. 376.

integrado; a segurança de que os processos amorosos e construtivos não serão vencidos, de que isto pode fazer parte da sua vida (o amor e o ódio) sem que seja necessário excluir um dos lados ou se ver dominado por apenas um dos lados dos seus impulsos.

Os problemas dos borderlines e seu tratamento

Não há consenso na literatura, psicanalítica ou não, sobre o que são os pacientes borderlines. O nome os coloca na fronteira entre neuróticos e psicóticos, mas eles são dificilmente enquadráveis num ou noutro quadro psicopatológico. No que se refere aos sintomas, há certa desordem, uma série de características, nem sempre presentes, que mais indicam uma dificuldade para enquadrar os pacientes nas categorias nosográficas do que um conjunto coerente que se repete nos diversos casos, tais como: "a tonalidade depressiva, as soluções adictivas e somáticas, a cisão mais do que o recalque, o ato (inclusive o social) mais do que o fantasma, o primado do pré-genital, o ataque contra o pensamento mais do que a revelação do seu sentido, etc."¹¹⁶.

Ante esta dificuldade e diversidade de compreensões sobre o que seria este tipo de organização psíquica patológica, Winnicott marca a sua posição:

Pela expressão *borderline* quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas ele possui suficiente organização psiconeurótica para ser capaz de apresentar uma psiconeurose ou um transtorno psicossomático quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma grosseira¹¹⁷.

*Como se produz um *borderline*?*

A compreensão da proposta de Winnicott depende, pois, da sua formulação sobre o que é o falso e o verdadeiro self e sobre a maneira como estas duas partes do EU agem na personalidade total do indivíduo. Para sermos sintéticos nessa apresentação, podemos dizer que o verdadeiro self corresponde àquela parte da personalidade do indivíduo que age espontaneamente, que corresponde à expressão da própria continuidade de ser a partir de si mesmo, parte que se constitui com maior ou menor predominância na estrutura geral da personalidade em função da sustentação ambiental adequada durante o processo de desenvolvimento emocional (na saúde, o ambiente se adapta às necessidades do indivíduo, não

¹¹⁶ André, 1999, p. 3.

¹¹⁷ Winnicott, 1969j, p. 172.

o empurra nem o puxa, ou seja, sustenta-o, oferecendo o que atende às suas necessidades, sem o invadir); por outro lado, o falso self corresponde a um tipo de mecanismo de defesa que, para proteger o verdadeiro self de invasões e/ou falhas ambientais, cria outro self para se encarregar de lidar com o comportamento inadequado do ambiente. O falso self corresponde a um tipo de empregado do verdadeiro self, que tem como objetivo proteger o verdadeiro. Em termos da personalidade, os dois selves constituem o indivíduo total, no entanto, eles têm diferentes amplitudes de poder: na saúde, o verdadeiro self tem prevalência e o falso self é utilizado de forma operativa, servindo como um modo de defesa ou proteção momentânea, ante as necessidades de adaptação ambiental, eles estão harmonicamente em ação; na doença, ocorre uma dissociação ("um self particularmente reservado para intimidades é um self público orientado para a socialização"¹¹⁸) e o falso self ocupa o modo de comportamento geral do indivíduo, altamente adaptado e conhecedor das maneiras como deve se adaptar às exigências ambientais, ele mantém o verdadeiro self protegido, escondido em maior ou menor grau, esperando o momento em que poderia deixar de ocupar o lugar de direção, abrindo espaço para que o verdadeiro tenha a sua vez. Winnicott fará uma distinção entre os diversos modos de existência do falso self, mais ou menos patológicos, sendo que num dos extremos está a saúde e noutro, a personalidade comandada pelo falso self, o que produz, no indivíduo um sentimento de futilidade e de irreabilidade, dado que ele sente que leva uma vida que não é a dele.

O que é necessário fazer para tratar um paciente borderline?

É importante ressaltar o fato de que o falso self também faz parte da personalidade total do paciente e não se trata, pois, de amputá-lo do paciente, mas de integrá-lo à personalidade total colocando o verdadeiro self na primazia do modo de ser do paciente e reservando o falso self para ocasiões ou momentos específicos; ou dizendo de outro modo, de fazer com que o falso self ocupe o lugar de um funcionário que não ocupa o seu lugar sem se pôr no comando.

Numa das situações de tratamento, considerando que é o falso self que mantém a frente nas relações com o mundo, é com este que o analista terá de lidar durante a primeira fase do tratamento, até que a confiança estabelecida no ambiente possa levar o falso self a se retirar ou, noutro sentido, o verdadeiro self ter uma possibilidade maior para surgir e experimentar-se. No entanto, caso o analista não perceba que tem à sua frente um falso self ocupando a cena central, e dado que o falso self é hábil em atender o que o ambiente espera que aconteça, pode ocorrer um tipo de

¹¹⁸ Winnicott, 1965vi, p. 15.

conluio no qual a análise parece seguir bem, o paciente colaborando, associando, fazendo entendimentos e associações de acordo com o que seria um processo de elaboração simbólica da vida interna e da história do indivíduo, mas nada muda na vida do paciente. Nesse sentido, a análise está fracassando; o falso self ocupando o lugar central e o verdadeiro tendo uma vida secreta ou totalmente escondida. Por outro lado, nos casos em que isto não ocorre, deve-se esperar a retirada paulatina ou abrupta do falso self, desse lugar central, e o paciente vive uma crise, uma desorganização intensa. Isto ocorre se o analista (o ambiente-analista) puder fornecer as condições de sustentação necessária para que o paciente retorne a uma relação de dependência intensa, adaptando-se à necessidade de viver uma dependência do ambiente a partir da qual ele pode ser a partir de si mesmo. Isto recolocaria o falso self em seu lugar, deixando o verdadeiro no comando, fazendo, pois, um tipo de integração onde antes havia dissociação (talvez seja, aqui, outra maneira de interpretar a clássica formulação de Freud: "Lá onde o id está, o ego deve advir", ainda que isto possa ser tomado como uma paráfrase conceitual).

Noutras situações, esse tipo de retirada do falso self ocorre antes mesmo de o paciente estar em tratamento, como um tipo de esgotamento da situação patológica, ou ainda, como um tipo de resultado do trabalho do falso self de preparar as coisas para que o verdadeiro possa aparecer (nesse sentido, o falso self teria criado as condições para que o paciente pudesse ter os recursos, financeiros e ambientais, para que ele pudesse viver uma crise existencial de grande magnitude). Tendo ou não as condições de sustentação ambiental, nesses casos, o paciente vive um tipo de colapso e coloca a vida de cabeça para baixo, impulsionado por uma necessidade que ele não sabe qual é, levando-o, muitas vezes, a buscar um tratamento psicoterápico.

O tratamento implica, pois, a possibilidade de estabelecer uma situação na qual o paciente pode reconstituir sua confiança no ambiente, reconstituir a segurança de que não será privado outra vez.

Margarete Little, que foi paciente de Winnicott e viveu este tipo de situação de colapso e retorno à situação de dependência, é um exemplo clássico do tipo de situação de regresso à dependência com a retomada do desenvolvimento emocional, no qual o verdadeiro self passa a ser o núcleo comandante da personalidade central. No seu depoimento do que pôde viver no tratamento com Winnicott, ela diz:

Pude viver uma fase inicial e uma infância próprias, o que era diferente de viver e reviver as da minha mãe para ela. Atingindo os níveis mais primitivos do que às vezes é chamado de "posição esquizoide-paranoide" em um ambiente controlado, seguro, não retaliativo e razoavelmente estável, cheguei a um novo ponto de partida, do qual pude seguir para o "estágio de preocupação" e, mais tarde, para a situação

edipiana – eventualmente para minha maturidade cronológica. Minhas áreas psicóticas e não psicóticas foram firmemente unidas¹¹⁹.

No que se refere, então, ao que pôde conquistar com esse tratamento, ela diz:

Tenho tido sucesso e fracasso, prazer e dor em minha vida profissional e pessoal, e considero que a vida vale a pena ser vivida, o que certamente não ocorria antes... D.W. me possibilitou encontrar e libertar o meu verdadeiro self, minha espontaneidade, criatividade e capacidade de brincar¹²⁰.

Nos casos em que o falso self percebe que não haverá mais nenhuma chance para o verdadeiro, casos em que a desesperança atinge seu grau máximo, pode ocorrer um suicídio: já que o verdadeiro self não tem mais nenhuma possibilidade de ver a luz, e o falso tem como função da sua existência proteger o verdadeiro, então não há função ou utilidade em continuar sua tarefa e, assim, o falso self elimina a personalidade total. O suicídio é, assim, tanto um desespero convicto quanto um tipo de reinício, o paciente, abraçando a morte, pretende começar tudo de novo (dado que o suicida acredita que poderá livrar-se do sofrimento, acredita que poderá aproveitar da eliminação do sofrimento, sem considerar que ele não poderá aproveitar do desaparecimento deste último).

As atitudes antissociais e seu tratamento

No campo das psicopatias e das atitudes antissociais, Winnicott tem uma proposta de compreensão da sua gênese e, portanto, do seu tratamento, que parece fornecer uma efetiva possibilidade de ação, seja no seu início, quando as possibilidades de reversão deste comportamento são grandes, seja mais tarde, quando já não teríamos o mesmo tipo de eficácia e, por vezes, ele afirma que a situação de uma psicopatia instalada (como um mecanismo de defesa) seja algo muito difícil de ser eliminado.

Para ele, a atitude antissocial corresponde a uma reação do indivíduo que foi privado e retorna sua reclamação “exigindo” que o ambiente (que ele sente como o responsável por ter-lhe retirado algo que era dele) volte a ser o que era, volte a fornecer-lhe a segurança e a confiabilidade que antes oferecia:

A tendência antissocial representa o SOS ou o *cri de coeur* da criança que, em um estágio ou outro foi privada, privada da provisão am-

¹¹⁹ Little, 1992, p. 100.

¹²⁰ Little, 1992, p. 70.

biental que seria apropriada na idade em que lhe faltou. A privação alterou a vida da criança; causou-lhe aflição intolerável e a criança está com a razão em reclamar o reconhecimento do fato de que "as coisas estavam bem e, depois não ficaram bem" e de que isto constitui um fator externo, fora do controle da criança¹²¹.

As psicopatias ou os sintomas antissociais são gerados na infância, como um tipo de falha do ambiente que deixa de fornecer a provisão ambiental que fornecia. A criança se sente roubada e se dirige ao ambiente para que este lhe devolva o que roubou, a sua confiabilidade. A criança com atitude antissocial, quando indagada, por exemplo, se roubou ou mentiu, nega, às vezes fatos inegáveis; no entanto, o que ela está negando é o sentido do seu ato (roubar da bolsa da mãe não é roubar, é pegar o que é seu; o sentido da mentira não é o fato mentido, mas o objetivo de ser acolhido ou protegido). Este comportamento não é resultado de um tipo de organização psíquica, seja ela normal ou patológica (neuroses, psicoses, depressões etc.), mas a reação que busca recuperar o ambiente perdido, trata-se de restituição de dano causado, restituição, em último caso, da confiabilidade ambiental. No entanto, a atitude antissocial também acaba gerando ganhos secundários e, uma vez que estes se mostram como uma resposta mais imediata (do que a confiabilidade ambiental acenada ou prometida), isto leva ao estabelecimento de uma psicopatia.

Uma criança que começa a roubar e mentir na escola, logo após o nascimento de um irmão, corresponde a uma maneira de fazer com que os pais ou a escola voltem a dar a ela o que sente que perdeu. De nada serve, aqui, o castigo, o chamado à lei e suas restrições, fatos que só intensificam o sentimento de que o ambiente abandonou a criança. O tratamento adequando, do ponto de vista de Winnicott, é retornar a provisão ambiental, às vezes ele diz que é necessário "mimar" a criança. Isto não significa fazer tudo que a criança quer, atender sem limites às suas exigências, mas oferecer com insistência o cuidado ambiental marcado pela atenção afetiva às necessidades da criança. O próprio Winnicott, levou para sua casa um rapaz delinquente e teve que, várias vezes, colocá-lo para fora de casa, cuidando para deixar a porta aberta, desde que ele pudesse aceitar certos limites¹²².

Note-se, por exemplo, o caso de uma criança adotada, que encontra um bom ambiente, que deseja a criança, que se mostra afetivo e que pode, então, ser um ambiente confiável. A criança, tendo sido já privada, precisa confirmar que não será novamente abandonada, e tendo, pois, os sinais do afeto e da confiabilidade dados, e justamente por causa dessa

¹²¹ Winnicott, 1989vi, p. 54.

¹²² Veja, no seu artigo "O Ódio na Contratransferência" (1949f), seus comentários em relação a esta sua atitude e o destino desse rapaz.

confiabilidade em desenvolvimento, começa a dirigir-se ao ambiente para saber se este não falhará, começa, pois, a ter atitudes antissociais dirigidas ao ambiente, tais como: não demonstrar ligação afetiva, roubar, contar mentiras, manipular as pessoas, e outras atitudes análogas. Alguns pais adotivos dizem que "esta criança é ingrata" e não raras vezes agem na direção de devolver a criança. Creio que a compreensão, tanto dos técnicos quanto dos pais, da dinâmica que está em jogo, nesses casos, poderia salvar muitas famílias de fracassos desse tipo.

Os sintomas psicossomáticos ou que usam o corpo e seu tratamento

Winnicott reconhece a histeria de conversão como um tipo de sintoma que é uma defesa contra os problemas advindos das angústias que resultam das relações interpessoais dos neuróticos, ou seja, trata-se de um tipo de sintoma de uma pessoa integrada que tem problemas de relacionamento (objetais) e que, por um motivo ou outro, precisa projetar seus conflitos (inconscientes) no corpo. Gostaria, agora, no entanto, de me referir a outro conjunto de sintomas que estão associados ao corpo ou que usam o corpo (como meio de expressão ou de procura de solução para lidar com determinadas angústias existenciais), muito mais próximas a pacientes que tem problemas de integração e não, portanto, propriamente neuróticos, mas que sofrem em função de outros tipos de problemas que não os relacionais, ou seja, que têm problemas em termos da sua integração.

Estarei me referindo, neste item, pois, a pacientes que tiveram problemas relacionados a fases mais primitivas do desenvolvimento, anteriores aos que surgem depois que o indivíduo conquistou o *status* de pessoa inteira, e que encontram ou procuram no corpo um meio ou modo para lidar (enquanto um tipo de defesa) com determinadas angústias existenciais, problemas mais próximos dos que vivem os psicóticos, ainda que aqueles que têm estes sintomas não sejam, em geral, propriamente psicóticos (ainda que possam sê-lo de uma ou outra maneira).

Para Winnicott a união psicossomática corresponde a um aspecto importante da saúde, ela corresponde a um tipo de integração que tem seu início nas fases mais primitivas do desenvolvimento emocional e corresponde ao mesmo processo que leva o bebê a unir aquilo que acontece a seu corpo, e sua existência, com os sentidos dados a essa experiência. Winnicott refere-se a isto como sendo a aquisição do "sentimento de estar dentro do próprio corpo"¹²³, ou ainda, como sendo um processo que leva o bebê a tornar-se uma pessoa, logo, um processo de *personalização*¹²⁴. Nes-

¹²³ Winnicott, 1945h, p. 225.

¹²⁴ Winnicott, 1971d.

se sentido, ter o próprio corpo, senti-lo como próprio e como delimitando a própria identidade como pessoa, corresponde não só ao resultado do processo integrativo do desenvolvimento emocional como também constitui um ponto de existência a partir do qual é possível ter ou procurar um lugar no mundo.

O processo de personalização corresponde a algo que ocorre, inicialmente, na fase da dependência absoluta (primeiros quatro meses) e tem seu prosseguimento, com a fase seguinte (a da dependência relativa, até aproximadamente um ano e meio), especialmente no que acontece quando a criança adentra no campo dos fenômenos transicionais (momento, paradoxal, de fusão e distinção entre mundo interno e mundo externo, entre o eu e o não eu) e no campo que leva à primeira conquista da unidade do sujeito psicológico na fase do EU SOU (com o estabelecimento da distinção EU-Não EU e o reconhecimento efetivo dos objetos como externos). Tudo isto, pouco a pouco, leva à experiência de ser si mesmo como um EU, que é diferente daquilo que é Não EU, e cujos limites corporais, cujas experiências corporais atestam.

Esse processo (de personalização ou de habitar o próprio corpo) é algo que depende do holding ambiental e, caso este falhe, teremos problemas (sintomas) que são a resposta ou defesas contra essa falta de sustentação ambiental. Quando temos um ambiente caótico ou que falha consistentemente na sua sustentação (da continuidade de ser da criança), não se adaptando às necessidades da criança (tanto instintuais quanto as identitárias ou de ser), então, pode ocorrer uma perturbação patológica na parceria psicossomática. Diz Winnicott, nesse sentido:

Podemos nos perguntar o que acontece quando as tensões exercidas sobre o funcionamento mental organizado defensivamente contra um ambiente inicial tantalizante aumentam mais e mais. Uma das consequências é o estado confusional, e (num grau máximo) a deficiência mental que não deriva de defeitos no tecido cerebral. Um resultado mais comum dos graus menos elevados de maternagem tantalizante nos estágios iniciais é que o funcionamento mental passa a existir por si mesmo, praticamente substituindo a mãe boa e tornando-a desnecessária. Clinicamente, isto pode acontecer em concomitância com uma dependência da mãe real, e um falso crescimento pessoal com base na submissão. Trata-se de um estado de coisas extremamente desconfortável, principalmente porque a psique é "seduzida" para transformar-se nessa mente, rompendo o relacionamento íntimo que anteriormente existia entre ela e o soma. Disto resulta uma psique-mente, um fenômeno patológico¹²⁵.

¹²⁵ Winnicott, 1954a, p. 336.

Podemos afirmar, pois, que, para Winnicott, os distúrbios psicossomáticos derivam de falhas nos primeiros processos integrativos. O distúrbio não é a enfermidade física propriamente dita, mas sim um sistema persistente de defesas, que inclui a *cisão* e a *dissociação*, e que emerge como consequência da ausência de coesão psicossomática:

É importante ter sempre em mente o seguinte ponto sobre os problemas psicossomáticos: o elemento físico da doença empurra a doença psicológica de volta para o corpo. Isto é particularmente importante por constituir uma defesa contra a fuga para o puramente intelectual, que levaria o indivíduo a perder uma parte do vínculo entre a psique e o soma¹²⁶.

Nesse contexto, podemos considerar que o distúrbio psicossomático e todos os outros modos de uso do corpo (masturbação compulsiva, obsessão sexual, adições, transformações corporais extremas etc.) correspondem às tentativas de, pelo uso do corpo, chegar à integração de si mesmo, em termos da unidade do sujeito psicológico, em termos da conquista de uma unidade pessoal que torna possível ou fornece um lugar para viver.

Nesse quadro, podemos, então, caracterizar esses problemas e/ou sintomas, como modos de procurar integrar-se, como tentativas de, via o que ocorre com o corpo, chegar a um si mesmo que pode organizar-se num EU SOU, com uma determinada identidade e um determinado lugar, possível, para viver no mundo.

Mas, como tratar deste tipo de procura (via corpo) de si mesmo? Se a origem desse tipo de sintoma ou patologia está nas fases mais primitivas do desenvolvimento, trata-se, pois, de fornecer a sustentação ambiental que possa corrigir ou fornecer experiências que retomam o processo de desenvolvimento, tal como ocorrem nas fases iniciais. Como exemplo, que certamente não cobre o conjunto de possibilidades, quero me referir a dois fenômenos: a experiência de ilusão de onipotência – que fornece o sentimento de ser a partir de si mesmo –, e a experiência de encontro de si mesmo que ocorre quando a criança experimenta um fenômeno transicional, ou dizendo de outra maneira, o encontro-constituição de si mesmo que ocorre quando a criança pode brincar.

No primeiro caso, Winnicott diz que o analista estaria ocupando o lugar do objeto subjetivo do paciente. Esta formulação de Winnicott não é muito precisa, pois o analista não pode ser exatamente o objeto que satisfaz as necessidades do paciente, mas pode ser a sustentação ambiental que torna possível ao paciente viver uma experiência de encontrar-criar aquilo que ele necessita em função das suas urgências, ou seja, uma expe-

riência de *ilusão de onipotência*. O analista, nestes casos, deve funcionar tal como a mãe-ambiente nos estágios iniciais (nos quais o bebê não reconhece uma realidade não self), que se adapta às necessidades do bebê (instintuais, relacionais, de comunicação, de efetivação do que advém das suas urgências, enfim, suas necessidades de ser) de modo que o bebê tenha a experiência de que das suas necessidades surgem os objetos de que necessita. Estar nesse modo de relação com a realidade não significa, necessariamente, estar num estado patológico, a não ser que este seja o padrão ou o único modo de ser-estar do paciente no mundo. Na situação clínica, claramente visível nas primeiras entrevistas, o paciente tem uma série de expectativas, projeções conscientes e inconscientes sobre o analista (ou o dispositivo analítico), como um tipo de esperança de encontrar o que necessita; quando o analista consegue se colocar nesse lugar, atendendo o paciente (das mais variadas formas, desde modos simbólicos e modos concretos), o paciente tem, nesse momento, renovada a sua esperança, ao mesmo tempo em que tem uma experiência de ser. A situação é análoga ao que ocorre com o bebê: este, sem saber nada de si e do mundo, sem ter alguma apreensão de que existe uma realidade não self, sem saber inclusive quais são as suas necessidades, tem urgências, e o ambiente (a mãe-ambiente), que está afinada com este bebê, o atende, de tal forma que, nesse momento, além de ter sua necessidade atendida, experienciada como adviesse das suas necessidades (ele vive uma *ilusão de onipotência*), ele também vive uma experiência de afirmação de si mesmo, o si mesmo da sua necessidade, ator e consumidor do objeto que adveio dessa relação. Para usar uma figuração, podemos dizer que, ao atender as necessidades do bebê, considerando também as ações e reações do bebê, temos um gesto, tal como fazemos num único gesto o desenho do côncavo e do convexo, criando, de forma análoga, o self e o objeto. É este tipo de experiência que o paciente revive quando o analista está no lugar de seus objetos subjetivos. Isto pode ocorrer num momento, numa sessão ou, em casos mais graves, em períodos mais longos do tratamento psicanalítico.

No segundo caso, o analista está no lugar que torna possível a vivência dos fenômenos transicionais, ele não é o objeto transicional do paciente (o que seria um contrassenso: um analista jamais poderia ser tal como o "ursinho", criado e encontrado, animado e desaminado apenas pelo paciente etc.), mas ele torna possível ao paciente experienciar criar-encontrar seus objetos. Isto ocorre em função da possibilidade de brincar que coloca numa interseção a área de brincar do paciente com a do analista. Nessa área, ambos fazem a ação de criar-encontrar seus objetos, numa brincadeira conjunta, o que resulta tanto na experiência pessoal de fazer esta ação de criar-encontrar objetos quanto na experiência de brincar-com o outro, que corresponde a um tipo de comunicação e interação não invasiva, não destrutiva do espaço do outro. Brincar juntos, sem que nenhum

se submeta ao outro. A ação de brincar, essência do fenômeno transicional, corresponde, também, para Winnicott, numa busca-encontro de si mesmo. Dizendo de outra maneira, a experimentação dos fenômenos transicionais, une e separa o mundo, cria e separa o si mesmo do mundo, seja no brincar infantil seja no brincar do adulto (trabalhar, pensar, jogar, escrever, dar aulas, tocar música, atuar numa peça de teatro etc.). Quando o analista pode ocupar esse lugar de interação e comunicação profunda, ele torna possível este tipo de ação de encontro consigo mesmo, que faz parte de uma busca fundamental de alguns pacientes e, certamente, da existência de todos os pacientes, analistas etc.

Seja num ou noutro modo de relação acima descrito, ocorrendo pontualmente, ou de maneira mais extensa, caberá, pois, ao analista fornecer esse tipo de provisão ambiental, dado que este tipo de vivência do paciente leva às integrações que constituem o si mesmo nos seus diversos graus de integração, tendo como objetivo dessa fase do tratamento alcançar ou encontrar o si mesmo unitário, a integração do sujeito psicológico, a partir da qual o paciente poderá, então, lidar com as relações interpessoais propriamente ditas, ou dizendo de outra maneira, a partir dessa conquista o paciente teria o ponto a partir do qual poderá se relacionar enquanto uma pessoa inteira com os outros, também tomados como pessoas inteiras. Ocorrendo este tipo de conquista emocional, teríamos também ultrapassado os problemas mais graves e nos colocaríamos no campo das neuroses.

Regressão à dependência: uma nova chance para o desenvolvimento do self

A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott está centrada na questão da dependência, na descrição das diversas maneiras como um ser humano passa do estado de dependência absoluta do início, para o da independência relativa, onde conquistou uma autonomia relativa na sua existência com-o-outro. O foco na questão da dependência e do desenvolvimento também aparece na sua caracterização do que é o tratamento psicanalítico.

Na saúde, o desenvolvimento emocional e suas integrações correspondentes ocorrem, evidentemente, com uma ajuda necessária do ambiente. A doença é, para Winnicott, uma interrupção no processo de desenvolvimento e a psicoterapia nada mais é do que o conjunto de cuidados necessários para que esse desenvolvimento possa ser retomado ou corrigido. Nas fases mais primitivas, que dependem mais profundamente do ambiente, a falha diz respeito à sustentação que o ambiente deve fazer para que a linha da vida (a continuidade de ser, a partir de si mesmo) não

seja quebrada como um padrão de funcionamento do ambiente (que gerará, por sua vez, um padrão de defesas); nas fases posteriores, quando o indivíduo já está integrado e se vê às voltas com os problemas derivados de suas relações interpessoais, ocorre também experiências traumáticas que levam os indivíduos a constituírem padrões de defesas que, por sua vez, dependem das relações interpessoais (também do ambiente, por assim dizer, mas de uma maneira não tão absoluta como nas fases iniciais). Num ou noutro caso, há experiências passadas que foram traumáticas, de uma ou de outra maneira, e a terapia visa retomar essas experiências para corrigi-las, no sentido de integrá-las no indivíduo (no seu self) sem que isso implique a sua aniquilação parcial ou total (numa formulação mais técnica, diríamos: integrar o trauma no campo de onipotência do self). Diz Winnicott, nesse sentido:

No exemplo mais simples possível, uma pessoa que está sendo analisada consegue corrigir uma experiência passada, ou uma experiência imaginária, ao revivê-la em condições simplificadas nas quais a dor pode ser tolerada porque está sendo distribuída ao longo do período de tempo; tomada, por assim dizer, em pequenas doses, num meio ambiente emocional controlado. Como vocês bem podem imaginar, na prática concreta raramente existe algo tão descomplicado como isso, mas o contexto principal pode legitimamente ser descrito desta maneira¹²⁷.

Essa correção implica, pois, o retorno à situação que deu origem à psicopatologia. Nas neuroses, a gênese e a solução dos problemas, que levaram o paciente a uma rigidez de suas defesas, levam-nos ao mundo interno do paciente; mas em todos os outros casos, somos remetidos a considerar uma importância maior ao ambiente e suas ações. É nesse sentido que a correção de experiências passadas depende do retorno a uma sustentação ambiental adequada. De modo geral, o tratamento, nesses casos, implica fazer um retorno à situação de dependência do ambiente, um regresso à dependência. O título do livro de Sweden, *Regression to dependence. A second opportunity for ego integration and developmental progression* (1995), indica a direção do processo de cura.

Há diversas maneiras e diversas intensidades deste tipo de regressão, no entanto, o que eu gostaria de apontar aqui é a necessidade desse processo, mais do que a especificação das suas diversas maneiras de ser realizado, em função dos diversos tipos de necessidades dos pacientes.

¹²⁷ Winnicott, 1945h, p. 36.

Aspectos da teoria winnicottiana que podem interessar a todas as ciências que dependem da realização de cuidados inter-humanos

Temos, em Winnicott algumas contribuições que me parecem ser úteis para outras práticas de cuidado inter-humano que não a psicanalítica-psicoterápica, ainda que não se trate aqui de uma aplicabilidade direta, mas de certas compreensões gerais que podem orientar algumas condutas. Dentre elas, ressalto alguns que considero fundamentais:

- Em primeiro, e de forma mais genérica, a sua teoria do desenvolvimento emocional, dado que com ela ele descreve um processo no qual estão inseridos os desenvolvimento de todas as características dos modos de ser humano, seja na doença seja na patologia;
- A importância dos cuidados ambientais no estabelecimento dos fundamentos da saúde emocional dos indivíduos;
- A teoria de Winnicott sobre o que é a ação de brincar, sinônimo de expressar e encontrar a si mesmo e ao outro, o modo, por essência, de realizar a natureza do modo de ser humano, o modo de ser-com-o-outro-no-mundo;
- A sua teoria da cultura ou de como o homem entra na vida cultural, que implica a compreensão dos processos de socialização, bem como da constituição da lei moral em nós;
- O processo de constituição da lei moral em nós, como fruto dos cuidados ambientais e não como uma constrição (interna ou externa) exercida sobre o indivíduo.

Com este tipo de entendimento, cabe ainda, ressaltar que a eficácia da ação de cuidados inter-humanos não tira a sua força da coerção ou da lógica dos raciocínios, mas da importância afetiva que um ser humano tem para com o outro; ainda que, em alguns momentos, a força e a coerção, moral ou racional, sejam um recurso utilizado, a força duradoura da intervenção humana é dependente das relações de confiança no outro, confiança que, por sua vez, depende do quanto um ser humano se sente visto e compreendido, mesmo que não seja atendido, mesmo que seja obrigado a ser limitado e constrangido nos seus desejos, nas suas ações e até mesmo na sua liberdade. Poderíamos dizer que a maneira como Winnicott nos informa sobre o que é a natureza humana, nos orienta em direção a uma *ética do cuidado*¹²⁸ como uma diretriz para o ser-com-o-outro, seja na vida cotidiana seja nas práticas de cuidado inter-humano.

¹²⁸ Cf. em Fulgencio (2011), "A ética do cuidado psicanalítico para D. W. Winnicott", para uma análise mais aprofundada das características e diretivas dessa ética.

Uma teoria universal sobre o desenvolvimento emocional do ser humano

A teoria do desenvolvimento emocional descrita por Winnicott apresenta tanto uma teoria da saúde (da criança, do adulto, das mães, dos pais, dos cuidadores etc.) quanto das organizações patológicas que têm gênese na vida emocional dos indivíduos. Esta teoria não olha apenas para o que ocorre no mundo interno dos indivíduos, como teria privilegiado a psicanálise freudiana e kleiniana, mas reinsere a importância do ambiente e dos seus cuidados (expressos, efetiva e afetivamente, por pessoas). Esta teoria oferece uma série de esclarecimentos sobre a origem e as características dos diversos modos patológicos de organização psíquica (neuroses, psicoses, depressões, borderlines) e para diversos sintomas (atitude antissocial ou psicopatias, reações psicossomáticas, adições etc.). A compreensão desse processo, na saúde e na doença, o reconhecimento de quais são os cuidados necessários para "consertar" as experiências traumáticas do passado (experiências que interromperam ou impossibilitaram o desenvolvimento emocional), a ênfase dada à necessidade dos encontros humanos verdadeiros (ou seja, os que primam pela confiabilidade, pessoalidade, afetividade e pela comunicação verdadeira), como base e fundamento para todo tipo de cuidado interhumano, fornecem um conjunto de esclarecimentos e orientações sobre o que é necessário fazer para que a ação humana possa ter efeitos profiláticos ou curativos mais eficazes, até mesmo quando se trata de cuidados físicos (do tipo cirúrgico ou análogo a estes), dado que, retomando um saber comum da prática médica, todo médico sabe que a boa relação afetiva com o paciente contribui positivamente para que os tratamentos sejam bem-sucedidos.

Essa teoria apresenta uma concepção sobre o que é o homem, na caracterização do que seria a sua estrutura e impulsos fundamentais, explicitada na sua *necessidade de ser* e impulsionada por uma *tendência inata à integração*. Num dos momentos centrais, em que Winnicott caracteriza o que é o seu modelo de homem, centrado na questão do ser, ele diz:

Gostaria de postular um estado de ser que é um fato no bebê normal, antes do nascimento e logo depois. Esse estado de ser pertence ao bebê, e não ao observador. A continuidade do ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode seguir existindo. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos 'sendo'. Se por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor do que aquela em seu interior, a bolha passará a reagir à intrusão. Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. Em termos do animal humano, isto significa uma interrupção no ser, e o lugar do ser é substituído pela reação à intrusão.

Cessada a intrusão, a reação também desaparece e pode haver, então, um retorno ao ser¹²⁹.

E, no que se refere à tendência inata à integração, ele diz: "De forma oculta se inicia no lactente e continua na criança uma tendência inata para a integração da personalidade, tendendo a palavra integração a ter um significado cada vez mais complexo à medida que o tempo passa e a criança se torna mais velha".¹³⁰ Meu objetivo, aqui, é apenas indicar esses fundamentos do modelo de homem (modelo ontológico), proposto por Winnicott, sem que tenha, no entanto, tempo e espaço para fazer uma análise mais detalhada desses fundamentos.

Por outro lado, como modelo do que seria o homem saudável (ou seja, que teria desenvolvido, com a ajuda e sustentação ambiental, esses fundamentos), teríamos um modo de ser que não é propriamente normativo, ou seja, ele indica algumas características desse modo de ser saudável sem dizer como eles se realizariam. Nesse sentido, um homem saudável é aquele que sente que tem uma vida que lhe é própria, real, que age na vida adaptando-se mas sem perder em demasia a sua espontaneidade; um homem que pode responsabilizar-se por seus sucessos e seus fracassos, que tem a possibilidade de relacionar-se com o outro sem se obrigar ou obrigar o outro a uma ou outra perspectiva existencial, que é rico em termos das suas possibilidades de interação cultural, que aceita suas qualidades e seus limites, vivendo, então, a partir do que ele é; enfim, uma série de características que já analisei noutro momento deste livro (Capítulo 1) quando me dediquei a explicitar o que é a noção de saúde em Winnicott, mas cujas características, citadas por Winnicott, sempre é bom retomar, apesar da repetição:

A vida de um indivíduo são se caracteriza mais por medos, sentimentos conflitantes, dúvidas, frustrações do que por seus aspectos positivos. O essencial é que o homem ou a mulher se sintam *vivendo sua própria vida*, responsabilizando-se por suas ações ou inações, sentindo-se capazes de atribuírem a si o mérito de um sucesso ou a responsabilidade de um fracasso. Pode-se dizer, em suma, que o indivíduo saiu da dependência para entrar na independência ou autonomia¹³¹.

Essa teoria percorre toda a existência do homem, da sua origem (nalgum momento depois da concepção) e termina com a morte final, com o retorno do ser ao não ser. Ela foca sua atenção na vida emocional, nos modos de ser do homem em termos dos seus modos de dependência em

¹²⁹ Winnicott, 1988, p. 148.

¹³⁰ Winnicott, 1963d, p. 90.

¹³¹ Winnicott, 1971f, p. 10.

relação ao ambiente, ainda que, seja possível compreender outros aspectos da existência humana, associados ao desenvolvimento emocional, tais como: como nasce a mente e o desenvolvimento das nossas faculdades de conhecer¹³², como nasce a possibilidade de apreender a realidade como sendo externa ao indivíduo, como nasce a lei moral no homem, como nasce a noção de tempo e de espaço, quais são as características da criatividade, como se organizam os grupos humanos, quais são as condições (individuais) para que uma democracia possa existir etc.¹³³ Ou seja, uma teoria do desenvolvimento fornece uma linha geral e sistemática que pode conduzir ao entendimento dos problemas humanos, seja em que campo de ação ou interação estejamos colocados.

A importância e os tipos de cuidados ambientais

A psicanálise pôde dar uma contribuição fundamental para a compreensão dos processos que levam à constituição psicoafetiva dos indivíduos, mostrando que a realidade interna (ou psíquica), impulsionada pelas pulsões, tem importância na determinação de como os indivíduos se sentem, como se estruturam e como interagem com os outros. A ênfase dada, inicialmente, à maneira como a realidade externa era representada e elaborada pela criança constituindo a realidade interna, mostrou-se como um importante fator para a compreensão das organizações e dinâmicas psíquicas dos indivíduos, seja na saúde seja na patologia. No entanto, essa ênfase também acabou por obscurecer a importância dos efetivos determinantes externos, no processo de desenvolvimento emocional dos indivíduos. Com Winnicott, mas certamente não só com ele, temos uma proposta de reinserção da importância do ambiente para compreender como ocorre esse tipo de determinação, considerando que muitas patologias ou sintomas têm origem em falhas ambientais e seu tratamento deverá muito mais corrigir a falha ambiental do que propriamente lidar apenas com a realidade interna dos pacientes.

De modo geral, para Winnicott, quanto mais grave a patologia maior é a importância do ambiente na compreensão da sua gênese e na aplicação de um tratamento. As psicoses, o conjunto das psicopatologias mais

¹³² Basicamente, tal como Kant analisou, a faculdade da Intuição, do entendimento e do raciocínio ou razão.

¹³³ A exposição detalhada dessa teoria nos levaria para um texto muito longo e com uma série de especificidades que ultrapassam os objetivos deste livro. Em primeiro lugar, cabe indicar um ou outro texto de Winnicott, no qual o leitor pode encontrar as linhas gerais da sua teoria: o seu livro *Natureza Humana* (1988) e dois artigos, "Desenvolvimento emocional primitivo" (1945d) e "O conceito de indivíduo saudável" (1971f), ainda que muitos outros se refiram a este tema de diversas maneiras. Algumas indicações sobre esse tipo de estudo são feitas no capítulo 1 deste livro, quando me refiro à literatura secundária dedicada ao estudo da obra de Winnicott.

graves, poderiam, pois, ser prevenidas desde que cuidados ambientais, nas primeiras fases do desenvolvimento, pudessem ser oferecidos. É nesse mesmo sentido que ele aponta para o fato de que nós poderíamos prevenir o surgimento das psicoses (esquizofrenia, autismo, transtornos globais do desenvolvimento etc.):

Precisamos chegar a uma teoria do desenvolvimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que já não nos damos mais por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las. Não aceitamos esquizofrenia infantil mais do que aceitamos poliomielite ou a condição da criança espástica. Tentamos prevenir, e esperamos ser capazes de conduzir à cura onde quer que haja anormalidade que signifique sofrimento para alguém¹³⁴.

Além dessas patologias mais graves, alguns sintomas estariam também associados (ou teriam a sua gênese) em falhas ambientais, tais como as atitudes antissociais ou as psicopatias, as adições, os problemas mais graves de constituição da identidade e alguns sintomas psicossomáticos etc.

Mas o que é o ambiente? Não é, para ele, uma entidade sociológica ou ideológica, mas corresponde às pessoas (ou pessoa) que se ocupam efetivamente da criança. Para que o desenvolvimento ocorra é necessário que, inicialmente, esse ambiente se adapte às necessidades (instintuais e identitárias)¹³⁵ do indivíduo, de modo a fornecer um ambiente que não puxa nem empurra a criança, mas a sustenta. No período inicial (primeiros quatro meses, aproximadamente), o bebê é imaturo (afetiva e cognitivamente) para reconhecer uma realidade não self, como também para reconhecer com clareza suas necessidades e até mesmo a sua unidade. O bebê quer algo em algum lugar, sem saber nada sobre o que necessita, sobre ele mesmo e sobre o mundo dos objetos externos. Ele tem urgências que não sabe e não pode objetivar. O ambiente (em geral, a mãe ou quem faz as vezes da mãe), numa comunicação profunda, direta e verdadeira, com o bebê, identifica (reconhece, interpreta) o que o bebê necessita e o atende (fornecendo objetos ou ações adequadas, tais como: comida, asseio, colo, canto, passeio etc.). Nesse momento, o bebê, se atendido (e isto se repetindo como um padrão geral, ainda que não ocorra de forma perfeita), ocorre uma série de repetições em que o bebê encontra no mundo o que necessita, fornecendo material (experiências) que são associadas (integradas): surge uma noção de tempo, de espaço, de si mesmo, de confiança em ser atendido (o sentimento de ter "fé em..." etc.

¹³⁴ Winnicott, 1965vc, p. 65.

¹³⁵ As vezes Winnicott diferencia as necessidades do id (referidas às pressões instintuais) e as necessidades do ego (referidas às necessidades de ser a partir de si mesmo).

Na continuidade desse tipo de adaptação, com a crescente integração do bebê, o ambiente vai homeopaticamente, e na medida de cada bebê, adaptando-se menos, mas continuando a oferecer os cuidados ambientais que dão as condições para a integração do Eu como uma entidade separada do não Eu e, dessa forma, chegando à primeira unidade do sujeito psicológico, distinguindo o mundo externo do mundo interno (constituindo-os, pois, como realidades díspares). A partir daí, a criança passa a ter problemas de relacionamento com o mundo (pessoas, objetos).

Entre o momento inicial e este no qual o indivíduo chegou ao EU SOU, temos um período de passagem, onde o EU e o mundo se juntam e se separam ao mesmo tempo: o período dos fenômenos transicionais. Nesse período, o ambiente dá condições para que o paradoxo de criar-encontrar a si mesmo e ao mundo seja sustentado e, portanto, não resolvido.

Cada um desses grandes períodos também está associado (quando ocorrem problemas no desenvolvimento) a grupos de patologias específicas, bem como a modos específicos de cuidado ambiental.

O próprio Winnicott pensou em fazer uma classificação dos tipos de ambiente necessários para realizar os cuidados psicoterapêuticos, o que foi desestimulado por sua analista Johan Rivière, dado que, na época, o desenvolvimento do pensamento psicanalítico, centrado no pensamento de Melanie Klein, privilegiava os acontecimentos da realidade interna. Winnicott comenta o fato de que sua pesquisa sobre o ambiente teve de esperar uns bons anos para que pudesse vir à luz:

Eu estava fazendo análise com a Sra. Rivière¹³⁶, que era uma grande amiga da Sra. Klein, e disse-lhe que estava escrevendo um trabalho sobre a classificação do meio ambiente, e ela simplesmente não o aceitou [*se você fizer isso, eu o transformo num sapo*]. Isso foi realmente uma pena, porque ganhei muito de meus cinco anos com a Sra. Rivière, mas tive que esperar um longo tempo antes que pudesse recuperar-me de sua reação¹³⁷.

Felizmente, não só Winnicott se recuperou dessa intervenção inibidora, como também outros psicanalistas puderam reconhecer a importância do ambiente externo. O tempo passou e as coisas mudaram para ele e também para muitos analistas e, hoje, estamos em melhores condições para integrar os diversos tipos de determinantes (internos e externos) na compreensão do processo de desenvolvimento emocional.

De uma maneira ou de outra, no campo da psicanálise, das diversas psicoterapias e mesmo dos diversos tipos de cuidados sociais, o ambiente é um fator necessário e indispensável, seja para a profilaxia seja para o

¹³⁶ A análise de Winnicott com Joan Rivière, aconteceu de 1936 a 1941.

¹³⁷ Winnicott, 1989f, pp. 438-439.

tratamento. A questão necessária de ser explicitada é o sentido e as características dos cuidados ambientais em cada classe de problemas.

O ambiente é, pois, a pessoa ou conjunto de pessoas que – tendo um contato pessoal, constante e confiável – cuidam das necessidades dos indivíduos. Trata-se, pois, de um ambiente humano, afetivo e composto por pessoas (e não por funções) que exercem os cuidados na procura do atendimento das necessidades dos indivíduos. Assim, por exemplo, uma instituição que faz atendimentos ou cuidados em série (p. ex., um orfanato em que uns trocam, outros alimentam, outros põem para dormir etc.) não se mostra como uma provisão ambiental adequada. Cada pessoa, que compõe o ambiente de cuidados, corresponde a um conjunto de singularidades (cheiros, ritmos, modos de realizar tarefas, a tonalidade afetiva, o tom de voz etc.) e é a esta(s) pessoa(s) que a criança se apegue, elas fornecem à criança os modos de sustentação que tornarão possível o seu desenvolvimento e integração.

Winnicott referiu-se a alguns tipos de cuidado ambiental psicoterápicos, relacionando-os a algumas organizações psíquicas e/ou sintomas e seus tratamentos: em primeiro, os neuróticos, pessoas que funcionam em termos de pessoas inteiras que se relacionam com os outros (que também são apreendidos como pessoas inteiras), e têm de administrar a vida instintual, estes devem ser tratados por um ambiente que é dado por pessoas inteiras (o analista) em relação ao qual o paciente vai repetir seus modos de relação interpessoal (trata-se, aqui, do que classicamente fez Freud, com a análise da relação emocional, a transferência, pelo psicanalista); em segundo, os deprimidos, que são pessoas recém-integradas e têm, pois, instabilidades nessa integração; para estes o ambiente (as pessoas, o analista) deve funcionar de modo a sobreviver às ações e experiências do paciente (sobreviver significa, manter-se estável na qualidade afetiva do seu contato, não retaliar, não deixar de estar em contato pessoal, humano e afetivo, com o paciente, apesar dos diversos acontecimentos que podem colocar isso à prova); em terceiro, os pacientes que são não integrados; estes devem ser *sustentados* pelo ambiente, de uma maneira análoga à que uma mãe sustenta um bebê; quarto, o caso de pacientes que têm sintomas do tipo atitude antissocial, que têm tal comportamento como um tipo de SOS dirigido ao ambiente; neste caso, as pessoas que constituem esse ambiente devem procurar fornecer uma provisão ambiental que confirme a sua confiabilidade e estabilidade, um ambiente que não tenha a punição como forma de cuidado (às vezes Winnicott diz, se uma criança tem uma atitude antissocial ela deve ser “mimada”), ainda que isto não signifique falta de limites (os limites são condições para o contato afetivo e não uma punição!); teríamos, ainda, uma série de outros modos de cuidado ambiental passíveis de serem descritos, mas o que importa aqui, nesse final, não é a descrição, mas a compreensão geral do que significa um ambiente que fornece cuidados humanos, pessoais e confiáveis.

Esses tipos de cuidado ambientais também dizem respeito a outros modos de cuidado ambiental e não apenas os psicoterápicos. Eles estabelecem o tipo de adaptação e o modo de funcionamento adequados para que a comunicação e qualquer tipo de intervenção possam ocorrer.

No próximo item me referirei a um dos modos específicos de funcionamento do encontro humano, que também diz respeito aos cuidados ambientais, ou ao cuidado do ser humano como aquele que é, essencialmente, ser-com-o-outro: a ação de brincar-com.

*A universalidade da ação de brincar*¹³⁸

Para Winnicott, a atividade de brincar constitui um aspecto universal da natureza humana, ainda que existam pessoas que possam estar profundamente doentes e não conquistem esta capacidade, precisando, então, de tratamento. A possibilidade de brincar corresponde a um dos aspectos fundamentais da saúde e leva à afirmação (encontro) de si mesmo e aos relacionamentos sociais. Para ele, a própria psicanálise "foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros"¹³⁹. O tratamento psicoterápico psicanalítico ocorreria na sobreposição da área de brincar do analista e do paciente; é nesta área que ocorre a comunicação e a intimidade.

A primeira questão que se coloca, a partir dessas afirmações, é a de saber o que é que Winnicott quer dizer com o verbo substantivado *brincar*? Ele não está fazendo uma afirmação ingênua, mas sim qualificando o brincar de uma maneira conceitual que ultrapassa o seu sentido popular e ordinário; mais ainda, ele parece considerar a brincadeira numa perspectiva diferente da de Melanie Klein.

Winnicott está ciente de que sua maneira de conceber o brincar não está baseada na consideração deste unicamente como uma maneira de expressar (sublimar) as pressões instintuais. Ele está procurando chamar a atenção para outra dimensão que não a que se ocupa com a análise dos conteúdos da brincadeira, mas com o próprio fato ou a possibilidade de fazer esta ação. Para ele, a ação de brincar é, em si mesma, psicoterápica, não propriamente por causa dos elementos simbólicos que veicula ou expressa, mas pelo fato de que é no brincar que a criança (e o adulto, na sua maneira mais elaborada e mais complexa de brincar) expressa a si mesma, a sua liberdade de criação, e por meio da qual ocorre a comunicação (intimidade) profunda entre os seres humanos.

Winnicott apresenta a sua compreensão do brincar como um desen-

¹³⁸ Este item foi escrito a partir de uma parte de meu artigo "O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico" (2008).

¹³⁹ Winnicott, 1968i, p. 63.

volvimento do que ocorre nos fenômenos transicionais. Para ele, o período da transicionalidade pode ser considerado como o momento em que a criança começa a se separar da mãe (separação esta que já vem se fazendo com o processo do desmame), a poder substituir a mãe por alguma outra coisa. No entanto, há condições para que isto possa ocorrer: nas fases anteriores a este momento foi necessário que o ambiente tenha se adaptado às necessidades do bebê, de maneira tal que este tenha adquirido uma confiança em si mesmo e no mundo¹⁴⁰.

O objeto transicional é usado tal como se fosse a mãe; ele guarda a relação de familiaridade que o bebê tem com a mãe, fazendo as vezes da mãe, desde que a mãe permaneça sendo, efetivamente, uma presença para a criança. Essa presença quer dizer tanto uma presença física quanto afetiva. Se a mãe não está presente (ou seja, ela pode estar ausente física ou afetivamente, mas por um período de tempo *x*, no qual a criança pode manter a presença da mãe mesmo na sua ausência física, para além desse tempo a mãe morreu). O objeto transicional é símbolo da mãe, substitui a mãe, mas num sentido específico no qual o faz na presença da mãe. No entanto, se a mãe desaparece por um tempo maior do que o suportável para o bebê mantê-la viva ou presente, então a importância do objeto transicional é deflacionada até que ele deixa de ser a mãe criada/encontrada/materializada-num-objeto, passando a ser algo externo e sem valor para a criança. Ou, então, num sentido oposto, mas patológico, numa tentativa de negar a morte da mãe, este objeto transforma-se num *objeto fetiche*¹⁴¹, ou um objeto que visa substituir esta mãe que não está mais lá (do ponto de vista do bebê, a mãe morreu), supervalorizando o objeto como sendo a mãe, ou melhor, na tentativa de reencontrar a mãe desaparecida.

Os objetos transicionais, ao mesmo tempo, unem e separam aquilo que é subjetivo daquilo que é objetivamente percebido. Mas o fazem de que forma? Por um lado a criança *cria* o objeto, ou seja, é sua ação espontânea que dá valor e vida ao objeto, e, por outro, a criança *encontra* o objeto que já preexiste no mundo exterior. Isto configura a situação paradoxal, caracterizada por Winnicott, como algo que deve ser aceito e não resolvido.

¹⁴⁰ Deveríamos, neste ponto, fazer uma exposição mais longa do que ocorre desde o nascimento, explicitando a fase inicial do amadurecimento, denominada por Winnicott, como sendo a fase da *primeira mamada teórica*, na qual, do ponto de vista do bebê o mundo que atende às suas necessidades, surge como que derivado de suas próprias necessidades, dando a este uma *ilusão de onipotência* e constituindo uma realidade denominável *subjetiva*; ainda que, do ponto de vista do observador, este mundo seja dado ao bebê pelo ambiente que o compreende dentro de limites adequados às suas tolerâncias. Em seguida a esta fase, começam a ocorrer adaptações, iniciando homeopaticamente (na saúde) o que Winnicott denomina de *desmame*. A fase da *transicionalidade* vem logo em seguida, sustentada pelas conquistas então realizadas.

¹⁴¹ A diferença entre objeto fetiche e objeto transicional está analisada na primeira edição do artigo de Winnicott sobre os objetos transicionais (1953c [1951], pp. 330-331).

O que importa não é tanto o objeto, mas a maneira como a criança se relaciona com o mundo, passando de um estado em que não há distinção entre ela e o mundo, para um estado em que ela se relaciona com um mundo que já não é meramente uma projeção dela. Diz Winnicott: "Não é o objeto, naturalmente, que é transicional. Ele representa a transição do bebê de um estado em que este está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado"¹⁴². É neste ponto que surge a capacidade do brincar, o que também é, para Winnicott, uma maneira de o ser humano poder encontrar a si mesmo: "É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (self)"¹⁴³. No entanto, esta capacidade ou possibilidade não é uma conquista definitiva, mas sempre instável, sempre dependente das condições pessoais e ambientais.

Nos casos em que uma pessoa está doente e não conquistou ou perdeu esta capacidade, e procura tratamento, caberá ao analista ou terapeuta trabalhar no sentido desta conquista, dando as condições ambientais para que o paciente chegue a ela. Não se trata, no entanto, de instalar a brincadeira como algo advindo do analista, mas de criar as condições ambientais de adaptação e comunicação que possam, então, levar o paciente a poder brincar.

É de vital importância a expressão *ação espontânea* ou *gesto criativo* para caracterizar o tipo de relação que está em jogo, pois o objeto transicional jamais pode ser dado à criança, é ela que o cria, ainda que o ambiente possa sustentar e dar as condições para que esta criação-encontro ocorra. No gesto criativo – antes, na e depois da fase da transicionalidade –, a criança encontra a si mesma, ou melhor, o gesto é ação deste si mesmo. Trata-se de um gesto que gera o seu próprio autor e, ao mesmo tempo, o objeto com o qual este si mesmo se relaciona. Tal como o geômetra que num único traço gera o côncavo e o convexo, este gesto criativo gera o si mesmo e o objeto com o qual se relaciona¹⁴⁴.

Este brincar ao qual Winnicott está se referindo não diz respeito apenas à criança, mas está presente na vida dos adultos de outras maneiras

¹⁴² Winnicott, 1953c, p. 30.

¹⁴³ Winnicott, 1971r, p. 80.

¹⁴⁴ Certamente isto ocorre já no início, quando, o seio encontrado (oferecido pela mãe) é, do ponto de vista do bebê, uma criação sua, advindo magicamente de sua necessidade. Neste momento este objeto, assim concebido, corresponde ao que Winnicott caracterizará como sendo os objetos subjetivos, constituindo, pois, uma realidade subjetiva. Com o amadurecimento, a fase da transicionalidade, acrescenta a esse fenômeno, o fato de que este objeto criado também é efetivamente encontrado pela criança, não sendo mais apenas um objeto subjetivo, mas correspondendo também a algo da realidade externa, sem ser, ainda, um objeto que tem as características dos objetos objetivamente percebidos.

que não são tão evidentes como as que encontramos na criança. Talvez, na vida adulta, ele seja mais facilmente reconhecível, como diz Winnicott, "na escolha das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor"¹⁴⁵, mas se considerarmos a ação de brincar como sendo o fundamento da brincadeira e que esta ação nada mais é do que a expressão criativa de si mesmo (o verdadeiro self em ação que, por sua vez, é sinônimo da continuidade de ser), então, devemos considerar uma ampla gama de ações adultas como expressões desta ação "de ser a partir de si mesmo", incluindo aqui uma parte significativa das expressões artísticas, profissionais e até mesmo corriqueiras da vida adulta social e individual.

O brincar e a brincadeira do adulto dizem respeito a uma determinada relação com o mundo, com o seu trabalho, com as pessoas com quem convive, com suas atividades etc. Ela corresponde à possibilidade de habitar uma área intermediária na qual há união e separação do mundo subjetivo e do objetivamente dado, o que certamente não ocorre o tempo todo. É a esta área que Winnicott se refere como sendo o *lugar em que vivemos*, a área da experiência na qual o brincar se realiza e que mais tarde compreenderá o espaço da arte, da religião, do trabalho, e da vida social em geral. É, pois, nesse sentido que Winnicott afirma que "o brincar conduz naturalmente à experiência cultural e, na verdade, constitui o seu fundamento"¹⁴⁶.

Certamente, o habitar ou ocupar este "lugar" depende do quanto uma comunicação e um partilhar conjunto pode ser efetuado. É por isso que Winnicott diz, referindo-se às psicoterapias (no sentido amplo do termo, no qual podemos incluir a psicanálise), que o trabalho analítico se passa muito mais nesta área compartilhada do que numa atitude em que o terapeuta ou analista apenas espelharia o que estaria presente no mundo interno do paciente, mostrando, pela interpretação, quais os conteúdos e conflitos apresentados pela brincadeira, pelas associações livres e todos os outros tipos de expressão.

O objetivo do brincar, em essência, não é o riso ou o prazer, isto é secundário em relação à necessidade de ser e continuar sendo, que se realiza pelo gesto espontâneo próprio do brincar.

A comunicação que se estabelece no cenário terapêutico (psicoterapêutico ou de outro tipo) diz respeito às condições ambientais para que o paciente possa fazer este tipo de brincadeira ou de *comunicação a um nível profundo* com o analista, comunicação que tem o modelo do "brincar juntos", da confiabilidade e do compartilhar suas referências.

A ação de brincar não pode ser, em nenhum momento, uma atividade técnica, ainda que, para brincar de algumas coisas (escrever, pintar, fa-

¹⁴⁵ Winnicott, 1968], p. 61.

¹⁴⁶ Winnicott, 1971q, p. 147.

zer e tocar música, o esporte em determinados níveis etc.), seja necessário um conhecimento técnico mais ou menos apurado.

O brincar, como modelo para a prática de cuidado e encontro, é concebido em função do encontro com o si mesmo, da comunicação e da interseção entre a realidade subjetiva e a objetivamente percebida, encontro que contribui para o desenvolvimento emocional, uma vez que corresponde a um tipo de integração da pessoa. Este conjunto de acontecimentos vividos e repetidos na ação de brincar em conjunto permite que o paciente possa tomar a vida como algo que lhe diz respeito, já que este encontro se dá na área em que ele cria o mundo em que vive, ao mesmo tempo em que se adapta ao mundo objetivamente dado, sem perda significativa da sua espontaneidade. Essa adaptação não tem o caráter de submissão, mas de estar brincando-com, de ser-com-o-outro-sem-perda-de-si-mesmo. A submissão talvez seja o aspecto mais central das perturbações da existência humana, o fundamento das psicopatologias. Como diz Winnicott: "A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à ideia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida"¹⁴⁷.

Winnicott tem em mente, como objetivo do tratamento, a possibilidade do desenvolvimento do indivíduo, integrando-se numa unidade a partir da qual ele age na vida e se responsabiliza por suas ações positivas e negativas, encontrando um lugar no mundo sem se submeter a ele. Diz Winnicott sobre o que significa maturidade ou saúde:

Digamos que na saúde, que é quase sinônimo de maturidade, o adulto é capaz de se identificar com a sociedade sem sacrifício demasiado da espontaneidade pessoal; ou, dito de outro modo, o adulto é capaz de satisfazer suas necessidades pessoais sem ser antissocial, e, na verdade, sem falhar em assumir alguma responsabilidade pela manutenção ou pela modificação da sociedade em que se encontra¹⁴⁸.

Para que isto ocorra nos diversos tipos de cuidado inter-humano, o cuidador precisará ter diversos tipos de presença e de comunicação com os indivíduos, mas sempre a partir de uma presença efetiva e não propriamente técnica, até que o espaço da brincadeira, neste sentido preciso que estamos analisando, possa ocorrer e proporcionar o desenvolvimento em direção a outros relacionamentos interpessoais em espaços sociais cada vez mais amplos.

Creio que esta ação (a de brincar) é fundamental e está no centro de todo encontro inter-humano que leva ao conhecimento, ao respeito e à afirmação de si e do outro. Aqueles que não sabem ou não podem brincar devem ser levados a conquistar essa possibilidade; no entanto, se é o

¹⁴⁷ Winnicott, 1971g, p. 95.

¹⁴⁸ Winnicott, 1965r, p. 80.

cuidado que não pode brincar (de forma estrutural ou pontual), então ele deve se afastar desse tipo de trabalho.

A teoria da cultura como expansão da ação de brincar

Quais são as condições para que o homem adentre no mundo da cultura? Uma das respostas é: pela aquisição da linguagem e pela aceitação da lei da proibição do incesto. Em Freud, o homem, impulsionado pelas suas pressões pulsionais (ou sexuais) é levado a reprimir seu impulso (dado que, se liberado, estaríamos num mundo de conflitos insolúveis, onde a força e a agressividade seriam os determinantes das relações em conflito). A interdição desse impulso para a realização direta das excitações pulsionais (ou sexuais) seria, pois, condição para a constituição da vida em grupo. Para Freud, poderíamos dizer, *a cultura é um tipo de perversão da sexualidade*.

Winnicott considera inadequada é justamente a teoria freudiana da cultura, como acontecimento ou instituição humana que advém da sublimação da sexualidade reprimida. Ele proporá outra teoria da cultura, não mais concebida como um processo de sublimação de uma sexualidade reprimida, mas como uma atividade que visa expandir um determinado modo de relação com a realidade (modo de ação que cria-encontra a realidade, os fenômenos transicionais) no qual o indivíduo afirma e encontra a si mesmo no mesmo momento (ou na mesma ação, a de brincar) em que encontra o outro. O ser humano cria o mundo da cultura para poder ser ele mesmo, afirmando-se na sua própria essência (ou seja *criar e dar sentido* ao a si mesmo e ao mundo em que vive!

Para Winnicott, aceder ao mundo cultural corresponde a uma expansão de um primeiro tipo de relacionamento que conjuga aquilo que diz respeito apenas ao indivíduo (bebê ou criança) e aquilo que é fornecido pela realidade externa. É tal como o ursinho que a criança leva para dormir: ao mesmo tempo uma criação sua e algo que tem existência material para além do mundo subjetivo.

Winnicott caracteriza esses objetos e fenômenos deste tipo como transicionais, e o espaço no qual eles podem existir, como potencial, ou seja, um espaço que tem potencialmente a possibilidade de receber estes objetos ao mesmo tempo criados e encontrados pelo indivíduo. Para caracterizar este espaço e esses fenômenos, Winnicott pergunta *onde estamos* quando ouvimos uma sinfonia de Beethoven, ao visitar uma galeria de pintura, lendo *Troilo e Cressida* na cama, ou jogando tênis? Que está fazendo uma criança quando fica sentada no chão e brinca sob a guarda de sua mãe? Que está fazendo um grupo de adolescentes quando participa de uma reunião de música popular?

Winnicott responderá que não estamos nem no mundo interno nem no externo, mas numa terceira área da experiência. Uma área que cor-

responde à mesma área na qual a criança brinca e cria o mundo no qual brincar, ao mesmo tempo em que conta com o mundo externo para materializar suas criações.

Mas isto não significa que para Winnicott a vida seja fácil e a cultura um quarto de crianças, como já comentara Freud. Ao referir-se à sua noção de saúde, ele dirá que o importante é que cada indivíduo tenha a sua vida, que ele reconhece como sendo dele, real, e, por isso, valendo a pena ser vivida. Mais ainda, o indivíduo nunca é pensado de forma solipsista, enclausurado no seu interior, mas sempre na sua relação inter-humana, sempre em contato com o ambiente e sua vida social e é outro sinal da saúde. Ao falar sobre o que é que ele considera ser uma pessoa madura, diz:

A maturidade do ser humano é uma palavra que implica não somente crescimento pessoal, mas também socialização. Digamos que na saúde, que é quase sinônimo de maturidade, o adulto é capaz de se identificar com a sociedade sem sacrifício demasiado da espontaneidade pessoal; ou, dito de outro modo, o adulto é capaz de satisfazer suas necessidades pessoais sem ser antissocial, e, na verdade, sem falhar em assumir alguma responsabilidade pela manutenção ou pela modificação da sociedade em que se encontra. Encontramos certas condições sociais, e isso é um legado que temos que aceitar, e, se necessário, alterar; e é isso que eventualmente passaremos adiante àqueles que se seguirem a nós¹⁴⁹.

Mas para que isso ocorra, o indivíduo precisa encontrar a si mesmo e a vida cultural como uma expressão ou ampliação da área do brincar, e neste sentido, deve ser algo que advém da pessoa como um movimento que afirma sua própria espontaneidade e não como uma reação, aceitação de uma lei, resposta a uma repressão etc.

Substituindo as pulsões e os instintos como fundamento da existência, Winnicott não mais colocará o princípio do prazer e o princípio da realidade como diretores da vida psíquica. Muito mais fundamental do que a busca de descarga das excitações, o homem teria outra característica fundamental, que é a sua necessidade de ser e continuar sendo, não em termos vegetativos, mas em termos da existência de um si mesmo que só pode, na verdade, ser se puder fazê-lo sem ser constrangido de fora.

Convém chamar a atenção para o fato de que é o ambiente que sustenta a possibilidade e a necessidade de ser a partir de si mesmo, mas não é o ambiente que gera o si mesmo como uma reação a ele.

Certamente, na saúde, a participação no mundo da cultura, da relação com os outros, corresponde a um adaptar-se sem perda significativa

¹⁴⁹ Winnicott, 1965r, p. 82-83.

da espontaneidade, o que nem sempre ocorre ou é facilitado pela realidade externa. No entanto, o mal-estar que pode ser gerado não é fruto propriamente de um desejo insatisfeito, mas sim de uma necessidade de ser que pode não encontrar as vias de sua realização no ambiente, nas relações inter-humanas.

Se, por um lado, pode-se reconhecer um mal-estar na existência derivado daquilo que oblitera ou dificulta esta expressão de si mesmo no mundo compartilhado; por outro há, ainda, uma dimensão ou característica do si mesmo verdadeiro que jamais deveria ser comunicado, jamais violado: "No centro de cada pessoa há um elemento não comunicável e isto é sagrado e muito merece ser preservado"¹⁵⁰.

Quando este núcleo é ameaçado – mesmo nos casos em que o ambiente não é propriamente patológico, caótico e/ou invasivo –, ocorre uma reação que visa proteger este núcleo. A defesa contra este tipo de ameaça de violação é o ocultamento deste si mesmo verdadeiro, por vezes com a produção de um falso si mesmo para lidar com o mundo e proteger o si mesmo verdadeiro:

Ignorando por um momento as experiências ainda precoces e perturbadoras da falha da mãe-ambiente, eu diria que as experiências traumáticas que levam à organização das defesas primitivas fazem parte da ameaça ao núcleo isolado, da ameaça de ser encontrado, alterado, e de se comunicar com ele. A defesa consiste no ocultamento ulterior do self, mesmo no extremo de suas projeções e de sua disseminação infundável¹⁵¹.

O problema, nestes casos, é que este tipo de vida construída reativamente, guiada pelo falso si mesmo, gera um sentimento de futilidade ou de irreabilidade. Não haveria nada mais destrutivo, nada mais pavoroso, do que a violação deste núcleo do si mesmo verdadeiro:

Estupro, ser devorado por canibais, isso são bagatelas comparadas com a violação do núcleo do self, alteração dos elementos centrais do self pela comunicação varando as defesas. Para mim tudo isso seria um pecado contra o self.¹⁵²

É forçoso reconhecer, então, que a ameaça de invasão, de desvelamento desta parte de si mesmo a ser preservada é também uma ameaça constante na vida em grupo; por outro lado, paradoxo que deve ser admitido e não solucionado, é também na vida cultural que a pessoa encontra

¹⁵⁰ Winnicott, 1965j, p. 170.

¹⁵¹ Winnicott, 1965j, p. 170.

¹⁵² Winnicott, 1965j, p. 170.

a si mesma. A cultura é, pois, paradoxalmente, um lugar de encontro e de mal-estar: encontro e perda de si mesmo.

A constituição da moral como fruto da ética do cuidado

Winnicott associa a questão do controle esfinteriano com a questão da própria educação moral, lembrando que a atitude de "treinar" a criança ou, ainda, de impor-lhe esse controle como uma exigência externa – antes que a criança esteja madura emocionalmente para isso (o que implicaria muito mais a atitude autônoma da criança do que a obediência) – corresponde a privar a criança "do sentimento de mérito e fé na natureza humana que vem do progresso [do desenvolvimento emocional] natural"¹⁵³. A sua posição, contrária ao "treinamento", vai ao encontro da atitude daqueles que consideram ser melhor aguardar, e talvez, até mesmo, aguardar um longo tempo, para que o desenvolvimento natural possa ocorrer. Essa perspectiva de compreensão da natureza humana considera que o processo de desenvolvimento emocional natural, quando sustentado pelo ambiente, leva à moralidade, uma moralidade que nasce com base nos cuidados recebidos e não em uma educação efetuada por meio de sanções:

Nesses assuntos a resposta é sempre que *há mais para se ganhar do amor do que da educação*. Amor aqui significa a totalidade do cuidado com o lactente ou criança, que favorece o processo maturativo. Isto inclui o ódio. Educação significa sanções e a implantação de valores sociais ou dos pais à parte do crescimento e amadurecimento próprios da criança. Educação em termos de ensino de aritmética tem de aguardar por aquele grau de integração pessoal da criança que toma o conceito de *um* significativo, e também a ideia contida no pronome da primeira pessoa do singular. A criança que conhece o sentimento de EU SOU, e que pode carregá-lo, sabe sobre um e então, logo a seguir, quer que lhe ensinem adição, subtração e multiplicação. Da mesma maneira, a educação moral se segue naturalmente à chegada da moralidade na criança pelos processos de desenvolvimento natural que é favorecido pelo cuidado adequado¹⁵⁴.

Freud considerará a moral (expressa na figura do superego) como uma herança do complexo de Édipo, ou seja, *grosso modo*, a moral adviria, pois, da internalização da figura e da lei paterna. Nesse sentido, poderíamos dizer que ela vem "de fora"! Para Winnicott, no entanto, sem desconsiderar a posição de Freud, ele considera que há uma moral que

¹⁵³ Winnicott, 1963d, p. 94.

¹⁵⁴ Winnicott, 1963d, p. 94.

advém “de dentro”, por assim dizer, uma moral que cresce no indivíduo não tanto por constrição externa, mas como uma maneira de cuidar de si mesmo e dos outros, como uma necessidade que afirma o indivíduo nele próprio.

Vejam, no diálogo com Freud em Klein, em relação à origem do superego, como Winnicott se coloca para explicar o surgimento de uma moral que advém do indivíduo e não que é impingida a ele, por constrição ou medo de punição (seja paterna seja por qualquer outra figura ou instância externa).

A chegada no cenário edípico, fundamental para a compreensão da origem e das características do superego, para Freud e para Klein, depende, para Winnicott, de um tipo de conquista anterior, o que implicará também na compreensão de outro tipo de origem para o que ele denominará superego.

Ao criticar Melanie Klein, no que se refere à tese de um Édipo precoce, anterior à conquista do *status* de pessoa inteira, Winnicott diz:

Não posso ver nenhum valor na utilização do termo “Complexo de Édipo” quando um ou mais de um dos três que formam o triângulo é objeto parcial. No Complexo de Édipo, ao menos do meu ponto de vista, cada um dos componentes do triângulo é uma pessoa total, não apenas para o observador, mas especialmente para a própria criança¹⁵⁵.

A crítica que ele faz à tese de um Édipo precoce¹⁵⁶, anterior à conquista do *status* de pessoa inteira, também recoloca a questão da origem precoce do superego, mais do que isso, coloca a questão de uma origem não edípica, nem instintual, para o superego, ao menos no seu início. Diz Winnicott, sobre a origem do superego dissociada da relação edípica:

Há uma citação final de Freud, em que este fala sobre a saúde e presume existir no indivíduo uma capacidade de identificação com pessoas totais. Isto deixa de lado, contudo, o crescimento do superego a partir dos elementos que pertencem à vida primitiva de dependência extrema, na qual existem apenas objetos parciais¹⁵⁷.

Para ele, é inadequado considerar a existência do complexo de Édipo nos momentos iniciais, nos momentos em que o indivíduo ainda não se integrou como uma pessoa inteira.

Winnicott aponta para o fato de que muitas pessoas jamais chegam ao complexo de Édipo e nem por isso não deixa de haver nelas sanções e

¹⁵⁵ Winnicott, 1988, p. 67.

¹⁵⁶ Veja também em Winnicott 1958g, p. 32.

¹⁵⁷ Winnicott, 1989xl, p. 358.

ações morais, que poderiam estar associadas ao que nos referimos quando usamos o termo superego. Diz Winnicott:

Não é que Freud esteja errado a respeito do pai e do laço libidinal que se torna reprimido, mas tem-se de notar que uma certa proporção de pessoas no mundo não chegam ao complexo edípiano. Elas nunca avançam tão longe em seu desenvolvimento emocional e, portanto, para elas, a repressão da figura paterna libidinizada tem apenas pouca relevância. Se se olhar para pessoas religiosas, certamente não é verdade dizer que os princípios monoteístas só pertencem àqueles que atingiram o complexo edípiano. Uma grande parte da religião acha-se ligada com a quase-psicose e com os problemas pessoais que se originam da grande área da vida do bebê que é importante antes que se chegue a um relacionamento a três corpos, como o que se dá entre pessoas totais¹⁵⁸.

Ao chamar a atenção para o que ocorre neste período pré-edípico e na formação dos elementos persecutórios e perturbadores da realidade psíquica, Winnicott não está apenas dizendo que há um período de gestação do superego e da lei moral em nós que antecede o período edípico, ele também está afirmando que a gênese do superego não é redutível à questão da administração dos instintos, que *a origem do superego também deve ser creditada à relação de sustentação e confiabilidade que o ambiente pode fornecer*. Assim, para Winnicott, a moralidade – “o desenvolvimento na criança da capacidade de ter senso moral, por experimentar um sentimento de culpa e por estabelecer um ideal”¹⁵⁹ –, e junto com ela o superego, têm suas origens em momentos anteriores ao complexo de Édipo, quando a criança, confiante no ambiente, conquistaria a capacidade de “ter fé em...”:

A boa alternativa [para explicar como se daria a constituição da moralidade na criança] tem que ver com o propiciar ao lactente e à criança aquelas condições que possibilitem a coisas como confiança e “crença em”, e ideias de certo e errado, se desenvolverem da elaboração dos processos internos da criança. Isto poderia ser chamado de evolução de um superego pessoal¹⁶⁰.

A capacidade de “acreditar em...” é formulada assim sem complemento, pois ela vem como uma aquisição que é anterior a qualquer tipo de complemento. Além disso, há pessoas que não alcançam esta capacidade, nunca conquistaram um estágio de maturidade ao qual Winnicott

¹⁵⁸ Winnicott, 1989xa, p. 187.

¹⁵⁹ Winnicott, 1963d, p. 88

¹⁶⁰ Winnicott, 1963d, p. 89.

associa sua noção de *moralidade inata*: "há pessoas em todas as sociedades e idades que, em seu desenvolvimento emocional, não atingiram o estágio de crer em, nem atingiram um estágio de moralidade inata envolvendo a personalidade integral"¹⁶¹.

No início do processo de desenvolvimento afetivo não existe realidade não self, bem como não existe o certo e o errado, o bom e o mau. No entanto, será desta situação inicial, na qual a criança, sem saber o que precisa, *procura algo em algum lugar*, recebendo do ambiente (que se adapta) aquilo que atende às suas necessidades, que surgirá, na criança, a confiabilidade de que há no mundo algo que possa interessar, algo que é real e é bom, pois diz respeito a ela e atende à sua continuidade de ser, às suas necessidades de ser. Neste momento, o meio ambiente deve ser previsível (ou seja, confiável), adaptando-se em grande medida às necessidades do bebê. É, então, nesta situação de sustentação adequada do ambiente, com o surgimento da capacidade de "ter fé em...", que encontramos o início da moralidade e, portanto, do superego:

O lactente e a criança pequena são habitualmente cuidados de modo confiável, e deste ser suficientemente bem cuidado resulta no lactente a crença na confiabilidade; a isso pode-se acrescentar a percepção da mãe e do pai ou avó ou enfermeira. Numa criança que iniciou a vida deste modo a ideia de bondade e de um pai pessoal e confiável ou Deus pode se seguir naturalmente¹⁶².

Neste momento inicial *amor significa cuidado*, que, por sua vez, significa adaptação do ambiente às necessidades da criança. Devido à sua imaturidade, nesse momento pré-verbal, a criança não sabe ainda o que é bom e o que mau, palavras que só terão sentido mais tarde, com a aquisição de certas capacidades cognitivas. Diz Winnicott:

No armazém em desenvolvimento das lembranças pessoais e dos fenômenos que constituem a realidade psíquica interna da criança aparecem elementos que de início são simplesmente opostos. Podem ser chamados auxiliares ou perturbadores, amistosos ou hostis, benignos ou persecutórios. Originam-se em parte das satisfações e frustrações do lactente na experiência de viver, que inclui excitações, e em parte esta junção de elementos positivos e negativos depende da capacidade do lactente de evitar a dor da ambivalência por não unir os objetos que sente serem bons ou maus¹⁶³.

¹⁶¹ Winnicott, 1963d, p. 90.

¹⁶² Winnicott, 1963d, p. 91-92.

¹⁶³ Winnicott, 1963d, p. 62.

O sentido de bom e mau, para a criança, estará relacionado com a adaptação ambiental, com o ambiente que aprova ou desaprova, cuida ou não de atender às necessidades da criança. O ambiente não é perfeito, mas atende à criança na medida e no tempo em que a criança pode tolerar, com um acerto razoável (ao fornecer cuidados adequados às necessidades específicas antes que a criança se desespere e perca a esperança de ser atendida, ou seja, o ambiente não decepçiona a expectativa da criança). Na saúde, o ambiente atende satisfatoriamente às necessidades da criança (o que não significa perfeitamente, nem significa que às vezes o ambiente não falhe, mas que o padrão de cuidado ambiental é muito mais o de atender às necessidades num tempo tolerável para aquela criança do que o contrário disso), o suficiente para que, como diz Winnicott, a linha da vida não seja quebrada. A base da moralidade é a experiência fundamental do bebê de poder ser a partir de si mesmo, ser o seu próprio e verdadeiro eu, e de poder continuar a sua relação com o mundo sendo, desta maneira, sem perda excessiva da sua espontaneidade. Sobre a noção de bom e mau como sinônimo de aprovação e desaprovação, ele diz: "Tudo isso está intimamente ligado à percepção de aprovação e desaprovação materna, mas tanto aqui como em outras situações o fator pessoal interno é mais importante que o externo ou ambiental"¹⁶⁴.

O ambiente precisa adaptar-se dando objetos adequados às necessidades da criança, mas não só objetos, ele também dará (nesse sentido da aprovação e desaprovação) códigos morais, de maneira tal que estes mesmos códigos começam a ser, com o desenvolvimento, também enriquecidos em seus sentidos:

À medida que o lactente cresce desta maneira, o estágio se estabelece para que os que estão empenhados no cuidado do lactente e da criança ponham ao alcance da criança não apenas objetos (como ursinhos, bonecas ou carrinhos) mas também códigos morais. Estes códigos morais são dados de modo sutil por expressões de aceitação ou ameaças de privar de amor¹⁶⁵.

Após este início, outros processos de integração de valores e sanções também ocorrerão, contribuindo para a constituição do superego pessoal. Os acréscimos futuros – quando a criança tiver então desenvolvida a ponto de ser uma unidade (EU SOU) e, de forma mais complexa mais à frente no processo de desenvolvimento emocional, ser uma pessoa inteira, ou seja, podendo estabelecer relacionamentos interpessoais, agora, com a administração dos instintos no cenário edípico –, fornecerão outros

¹⁶⁴ Winnicott, 1963d, p. 92.

¹⁶⁵ Winnicott, 1963d, p. 93.

elementos, advindos destas vivências e dos conflitos aí experimentados, enriquecendo o superego.

No cenário inicial, mesmo antes de ter chegado a algum tipo de integração mais elaborada (do tipo Eu Sou, ou ainda, do tipo pessoa inteira), com a criança tendo já atingido uma integração que a possibilita identificar objetos como bons (adequados às suas necessidades) e maus (não adequados), ela começa a viver uma moralidade ferrenha. É neste momento que os pais podem oferecer às crianças códigos morais humanizados, constituindo, então, valores morais:

Há uma especial pela qual um código moral deve estar ao alcance da criança; o fato do código moral inato ao lactente e à criança pequena ter uma característica ferrenha, crua e incapacitante. O código moral adulto se torna necessário porque humaniza o que na criança é desumano. A criança sofre com o receio da retaliação. A criança pode morder durante uma experiência excitante de relacionamento com um objeto bom, com o que o objeto passa a ser sentido como algo que morde. A criança tem prazer em uma orgia excretória em que o mundo se enche de água que afoga, e sujeira que pode soterrá-la. Estes crus receios se tornam humanizados principalmente pelas experiências da criança com seus pais, que desaprovam e ficam bravos, mas não mordem, afogam ou queimam a criança como retaliação ligada exatamente ao impulso ou à fantasia da criança¹⁶⁶.

A continuidade do processo de estabelecimento da lei moral em cada um, constituição do superego pessoal, que está associado à lei moral, a criança também aprende pelo *exemplo* que os pais dão ante às suas próprias vidas, ante ao que eles consideram certo e errado, ante a como reagem quando falham, ante as suas maneiras mais ou menos sinceras e honestas de avaliarem a si e aos outros, etc.: "Na arte de viver, isto implica se dar exemplo à criança, não um melhor do que você realmente é, insincero, mas um exemplo aceitável e decente"¹⁶⁷.

Para Winnicott, nem a moralidade nem o superego são constituídos como um tipo de reação ao medo da sanção paterna, mas sim como um tipo de modo de estar no mundo (criado-encontrado pela criança, amado porque atende às necessidades de ser, e cuidado porque é expressão dela mesma), de forma que a criança que não encontrou o mundo como uma imposição, mas sim pôde ser no mundo a partir de si mesma, apoiada pela adaptação ambiental, tem uma ligação e relação de cuidado com esse mundo. O que é realmente imoral é a *submissão*: "Imoralidade para o lactente é se submeter, à custa de seu modo pessoal de viver. Por exemplo,

¹⁶⁶ Winnicott, 1963d, p. 95.

¹⁶⁷ Winnicott, 1963d, p. 95.

uma criança de qualquer idade pode achar que comer é errado, até o ponto de morrer por este princípio"¹⁶⁸.

A moralidade constituída como uma reação ao medo de uma sanção externa (medo de castração) seria, para Winnicott, uma moralidade falsa, dado que a moralidade verdadeira é aquela que advém do indivíduo, como um modo de cuidar de si e do mundo em que vive. No mesmo sentido, o superego pessoal que é fruto dos valores que o self pode constituir sem se submeter, também não é fruto do medo do pai na relação edípica. O superego, na saúde, só será também um herdeiro do complexo de Édipo (enquanto expressa a aquisição de códigos morais fornecidos pelas relações com o casal parental) se esses códigos e valores morais puderem ser absorvidos pelo self como dizendo respeito a ele, paradoxalmente como valores também criados-encontrados (tal como na transicionalidade) ou introjetados, sem perda demasiada da sua espontaneidade.

A moralidade advém, pois, do cuidado, sendo também, ela mesma, um tipo de cuidado. É por isso que considere a moralidade como sendo fruto de uma ética do cuidado!

O interesse da obra de Winnicott para as ciências não psicológicas

Por ciências não psicológicas estou considerando todas as ciências que não têm na psicoterapia seu foco central de ação. Nelas, temos tanto as práticas médicas (psiquiatria, pediatria e outras especialidades), educacionais e as dos assistentes sociais (que têm uma relação direta, mais ou menos próxima com a prática clínica psicoterápica, analisada no item anterior) quanto outras práticas de cuidado inter-humano ou que se ocupam de problemas propriamente humanos, tais como a semiótica, a sociologia, as práticas jurídicas e a filosofia.

Freud aponta para o fato de que todas as ciências que se ocupam dos modos de ser do homem estão edificadas sobre a psicologia e, nesse sentido, as contribuições que esta última tem a dar, na descrição dos modos como o ser humano é gerado e funciona em termos psicoafetivos, devem ser levadas em conta. Ora, a psicanálise corresponde a um tipo específico de psicologia; ela contribui para o avanço, quer dizer, um maior conhecimento dos processos que constituem e determinam os seres humanos a serem o que são, na saúde e na doença. Evidentemente, as contribuições que fez, destacando a importância dos processos psíquicos inconscientes, da sexualidade infantil, do complexo de Édipo, do processo de recalca-mento e do fenômeno da transferência, são contribuições importantes a serem consideradas, seja na psicologia individual seja na social, logo, es-

¹⁶⁸ Winnicott, 1963d, pp. 95-96.

tas devem ser, de uma maneira ou de outra, também consideradas noutras ciências.

Nessa direção, é importante ressaltar que todo tipo de atividade humana, que lida com os modos de ser do ser humano, necessita, direta ou indiretamente, de uma teoria do desenvolvimento; uma teoria que possa fornecer qual é a origem (factual e ontológica) do ser humano, seus impulsos e fundamentos básicos, bem como qual o modelo de saúde ou de homem realizado, em sua própria natureza, que se tem em mente. Tal teoria, constituindo um tipo de referência, fornece tanto um modelo de saúde quanto uma maneira de compreender os diversos tipos de distúrbios e sofrimentos que podem ocorrer quando há falhas nesse desenvolvimento.

Tratarei, agora, de comentar que tipo de interesse, além de todos os tópicos (fenômenos) já indicados no item anterior, a psicologia científica (psicanálise) de Winnicott pode ter para outras ciências que não as propriamente psicológicas.

Para a psiquiatria, a pediatria e outros ramos da medicina

No campo da pediatria, que tem como objeto a saúde dos bebês e de suas mães, é notório que estamos numa área que vai muito além da saúde física dos bebês e de suas mães, e de que o pediatra tem de administrar não só o comportamento e as ansiedades maternas, como intervir para que o ambiente familiar possa ser favorável ao desenvolvimento (físico e emocional) dos bebês, além de considerar que um conjunto significativo de perturbações da saúde dos bebês é derivado de problemas emocionais.

Todo o trabalho de cuidado com os recém-nascidos (com saúde ou com sérios problemas) deveria levar em consideração que a existência do bebê, inicialmente, é um amálgama entre o bebê e seu meio de sustentação. Assim, tanto no trabalho cotidiano do pediatra quanto no trabalho que diz respeito aos cuidados de doenças mais graves, de bebês que necessariamente precisam ficar numa UTI (às vezes, por longos períodos), estes médicos poderiam se beneficiar das descrições detalhadas que Winnicott fez do desenvolvimento dos bebês, das relações mães-bebês etc. O mesmo aqui, certamente, vale para todas as enfermeiras e outros cuidadores de bebês e crianças pequenas,

No campo da psiquiatria, parece evidente o fato de uma teoria sobre a gênese psíquica ou emocional dos diversos distúrbios de comportamento e de alterações do pensamento constituir um instrumental não só útil, como necessário para a compreensão das doenças, de suas gênese, e de seus tratamentos. Sem uma teoria do desenvolvimento emocional, centrada na história dos relacionamentos dos indivíduos, a psiquiatria ficaria reduzida à análise das estruturas e dinâmicas biofísicas do sistema ner-

voso, reduzindo sua compreensão e sua ação à mecânica ou à dinâmica físico-química do sistema nervoso. Creio que, com os desenvolvimentos da psicanálise e de diversas linhas da psicologia, não é mais possível desconsiderar a vida emocional como fornecendo fatores determinantes significativos para as doenças e/ou sintomas psiquiátricos, ainda que sempre existirão aqueles que reduzirão o ser humano a sua máquina biológica.

Dizendo de outra maneira e repetindo a minha posição, a psiquiatria depende de uma teoria do desenvolvimento emocional, para além das determinações biológicas do comportamento, levando em conta os diversos processos que foram descritos pelas teorias do desenvolvimento emocional e cognitivo do ser humano, nunca redutíveis a seus aspectos biológicos, e sempre levando em consideração as determinações das relações inter-humanas, seja focadas nos indivíduos seja na consideração das determinações culturais.

Para a biologia e para as neurociências

Freud considerou que a ênfase dada pela psicanálise à sexualidade infantil pode acrescentar um importante campo de investigação que também poderia interessar às pesquisas sobre os determinantes biológicos da existência e dos modos de ser do homem, ainda que para isso fosse necessário expandir aquilo que a própria biologia caracterizava como sendo a sexualidade e a função da sexualidade na vida do homem. Isto implicaria, necessariamente, um estudo do que é a sexualidade infantil e como esta determina uma série de comportamentos, às vezes, uma série de distúrbios; igualmente, um estudo sobre o período de latência e sobre a adolescência, do ponto de vista das pressões sexuais, deveria ser objeto de estudo dos biólogos. Mais ainda, tudo aquilo que, na vida adulta, é caracterizado como sendo a vida sexual e seus objetivos poderia ser reconsiderado, pela biologia, levando em conta a maneira como a psicanálise mostrou ser as pressões sexuais (ou pulsionais), muito distantes e mesmo até separadas da função reprodutiva da sexualidade. Nesta direção, caberia, pois, um estudo, no campo da biologia, sobre a função sexual no ser humano e o seu desenvolvimento da infância até o mundo adulto e, depois, na velhice.

Freud também apontou o fato de que a psicanálise se manteve distante da biologia¹⁶⁹, considerando que o seu desenvolvimento deveria ser feito no campo das determinações psíquicas; como ele afirma sinteticamente a Jung, comentando o trabalho de Sabina Spielrein:

¹⁶⁹ Diz Freud: "Nós achamos necessário manter distância dos pontos de vista biológicos, no curso do desenvolvimento do trabalho psicanalítico, e de utilizar estes últimos somente com fins heurísticos, para não sermos obscuros no julgamento imparcial [a ser] dado aos fatos psicanalíticos apresentados" (Freud, 1913), p. 182).

O que me parece mais sujeito à reflexão, é que a Spielrein quer subordinar o material psicológico a pontos de vista *biológicos*; esta dependência deve ser rejeitada tanto quanto a dependência filosófica, fisiológica ou da anatomia do cérebro. *VA farà per sé*¹⁷⁰.

No entanto, uma vez tomadas essas precauções, e adquiridas certas concepções da própria psicanálise, Freud considera que é necessário voltar à biologia, para perguntar como esta última consideraria ser (ou seja, que referente daria), por exemplo, a conceitos como "pulsão" (sexuais, de autoconservação, de vida, de morte, do ego etc.), que sentido a biologia pode dar e explicitar à tese da bissexualidade constituinte do ser humano.

Com Winnicott, temos uma série de transformações que dizem respeito a estes mesmos apontamentos (conceitos) indicados por Freud: ele parece dar aos instintos uma natureza conceitual diferente da que Freud deu (enquanto em Freud, eram conceitos especulativos, a sua mitologia necessária, algo difícil de ser objetivo, algo entre o psíquico e o físico); em Winnicott, os instintos (*instinct, instinctual drive*) – palavra que ele usa em vez do termo usado por Freud, *Trieb* – correspondem a "poderosas forças biológicas que vêm e voltam na vida do bebê ou da criança, que exigem ação"¹⁷¹. Ainda que mudando o enfoque dado por Freud, o interesse que a biologia poderia ter com as descobertas da psicanálise continua a ser o de encontrar seus correspondentes aos fatos que a psicanálise mostrou existirem no campo da vida emocional.

Por outro lado, Winnicott também deu outro lugar para a vida sexual (infantil e adulta), não mais sendo o único elemento impulsionante e que deve ser estrutura nos modos de ser do ser humano. A sexualidade é uma conquista do processo de desenvolvimento e de integração dos indivíduos. Aqui também, da mesma maneira apontada por Freud, caberia à biologia estudar o surgimento, a natureza e a função da sexualidade na vida do ser humano, nas suas diversas fases.

Quando Winnicott, no entanto, modifica o modelo ontológico de homem, dizendo que o fundamento da existência do homem é a sua necessidade de ser e continuar sendo, ele desloca o lugar do princípio do prazer da caracterização dos impulsos básicos que dá direção aos comportamentos humanos. Algumas pesquisas, no campo da teoria do desenvolvimento, que toma Darwin como uma referência, vão procurar no homem quais seriam seus impulsos fundamentais. Temos, por exemplo, Bowlby, com a sua teoria do apego; Fairbairn, defendendo que o mais importante impulso é a procura por "objetos", dado que o ser humano

¹⁷⁰ Freud & Jung, 1992, carta de 30 de novembro de 1911, p. 589.

¹⁷¹ Winnicott, 1988, p. 57.

precisa do outro para sobreviver etc. Com Winnicott, temos, por um lado a introdução de um princípio existencial (a necessidade de ser e a tendência inata à integração) que deveriam, ao menos, ser objeto das pesquisas em biologia; por outro, também temos o fato de Winnicott acabar por dar ao homem uma existência que não é a continuidade da sua vida animal, considerando que a psicologia animal e comparada tem limites significativos, quando procura entender o que é o modo de ser do homem. Isto tudo leva, pois, à necessidade de que a biologia pudesse, ao menos, testar ou procurar referentes (no seu campo de pesquisa fenomenológico) para essas propostas advindas da psicanálise.

Outro ponto, mais obscuro, seriam as relações entre o desenvolvimento emocional e o desenvolvimento biológico, que me parece ser um campo possível, mas extremamente complexo para ser aqui abordado, permanecendo apenas como uma indicação de proximidade (sem perda da disparidade) entre essas ciências.

Caberia ainda nos referirmos às neurociências, com seus desenvolvimentos nos últimos anos – impulsionados pelo avanço dos instrumentos tecnológicos que possibilitam observações e medições mais minuciosas e precisas –, talvez colocando-as como um ramo da biologia que depende, estruturalmente, da associação com a psicologia (e nesse sentido, também com a psicanálise). Digo que depende estruturalmente porque o conjunto de observações do sistema nervoso, praticado e objetivado pelas neurociências, depende sempre de uma teoria psicológica sobre os fenômenos observados, como ponte para associar tais e tais fenômenos físico-químicos com tais fenômenos psicológicos. Proponho, aqui, um exemplo fictício: suponhamos que o objeto de estudo de um neurocientista seja o sentimento de *saudade*. Este sentimento corresponde tanto a algo que pertence ao indivíduo, em suas especificidades, quanto a algo que tem determinações culturais na sua constituição, dado que é um sentimento nomeado pela palavra *saudade* que, por sua vez, não tem tradução precisa noutras línguas; ou seja, o referente do sentimento de saudade não está dessa maneira apreendido e organizado, em termos dos sentimentos individuais, noutras culturas que não usam esse termo. Ora, um estudo do sistema nervoso, por mais preciso e amplo que seja (quantitativa e qualitativamente), sempre dependerá dos aspectos psicológicos do que é este sentimento. Talvez isto seja assim para todos os sentimentos e modos de organização humana e, nesse sentido, a observação (ainda que minuciosa) do sistema nervoso sempre precisará de uma teoria psicológica que objetiva tal e tal conjunto de fenômenos observados como referidos a tal ou tal sentimento ou fato da psicologia do homem. Esse quadro geral pode abrir caminho para que os diversos tipos de descobertas feitas por Winnicott possam, também, encontrar correlatos no campo das neurociências.

Toda proposta educacional deve levar em conta um modelo ontológico de homem que especifica a própria essência e o impulso da natureza humana, como também um *telos* que diz qual é o modelo de homem desenvolvido e com todas as suas potencialidades. A função do educador é contribuir para que esse desenvolvimento ocorra.

Vimos que o fundamento do desenvolvimento, do ponto de vista de Winnicott, é a possibilidade de o ambiente sustentar e se adaptar às necessidades do bebê, tanto as instintuais quanto as *identitárias* – por assim dizer, ou seja, as que reiteram o si mesmo do bebê como algo que não é puxado nem empurrado (não é invadido) e pode ser experimentado a partir de si mesmo, gerando a sensação de si mesmo, a confiabilidade de que há no mundo algo que pode interessar etc. –, ou seja, de o ambiente fornecer as bases para que a dependência e a confiança possam ser vividas de forma positiva. Isto acarretará na criança a confiança de que há algo no mundo que lhe interessa, algo a ser encontrado e desvendado no mundo que serve à criança, o que seria, a meu ver, um fundamento para o interesse em aprender e a base para a aprendizagem.

Por outro lado, quando analisamos os fenômenos transicionais e a ação de brincar, também mostramos como o agir espontaneamente, na brincadeira, constitui o fundamento da comunicação, o que também me parece ser um dos fundamentos do processo de aprendizagem. Nesse sentido, há na teoria de Winnicott uma junção entre o desenvolvimento cognitivo e o afetivo (ou emocional), que valeria ser levada em conta pelos educadores.

Os educadores têm-se apoiado nas teorias de Piaget, Vygotsky, Wallon, dentre outros¹⁷², procurando compreender como o bebê e a criança se tornam seres humanos plenos, cognitiva e afetivamente, explicitando os determinantes biológicos, individuais, familiares, sociais e dos ambientes escolares. Winnicott corresponde, pois, a mais um desses autores que, tendo fornecido uma teoria geral, universal, sistemática, com a distinção de fases específicas, descrevendo todo o processo de desenvolvimento emocional (referindo-se tanto aos aspectos afetivos como aos cognitivos e sociais), pode servir como mais um dos que procuraram descrever como se desenvolve, na saúde e na doença, os modos de ser do

¹⁷² Uma série de outros autores – filósofos (Locke, Rousseau), maturacionistas (tal como Gesell), etólogos (tais como Darwin, Lorenz, Tinbergen, Bowlby, Alnsworth), educadores (tal como Montessori), dentre outros, como Werner, Kohlberg, Watson, Pavlov, Skinner, William James, Bandura, Erikson, Bettelheim, Jung, Chomsky etc., referidos a uma lista muito grande que, aqui, é indicada parcialmente – poderiam também ser citados. No entanto, basta citar seus nomes, agrupando-os todos no campo de interesse da prática da educação, para apontar quais interesses a obra de Winnicott poderia ter para os problemas que estão presentes neste campo de atuação.

ser humano. Certamente, ao aproximar as descrições dos processos de desenvolvimento feitos por esses autores e por Winnicott, encontraremos referência a fatos similares, fatos que foram observados por um e não por outros e, portanto, são passíveis de serem considerados. Dando um único exemplo, sabemos da importância da noção do *esquema* em Piaget, e na obra de Winnicott também encontramos sua afirmação de que a relação mãe-bebê fornece ao bebê um esquema emocional¹⁷³, logo, teríamos como tarefa de pesquisa e desenvolvimento (no campo de Piaget e no campo de Winnicott) a maneira de compreensão do que são os esquemas.

O processo educativo corresponde ao conjunto de atividades que pode contribuir para um indivíduo desenvolver suas potencialidades; ainda que esta profissão tenha sido agrupada com outras duas como profissões impossíveis (de serem totalmente bem-sucedidas): as outras duas são a política e a psicanálise. Os homens não são iguais nas suas disposições, nas suas potencialidades, nas suas predisposições, etc. Além disso, o homem é o resultado de suas potencialidades e das ações do meio familiar em que cresce e pode desenvolver-se. O homem pode vir a ser muitas coisas, dependendo de suas predisposições, do meio no qual é criado e da sua história. Parece, nesse sentido, que a função do educador é a mesma que a da psicanálise, levar o homem ao melhor do eu, a fim de que ele possa ser segundo as suas disposições e seus limites pessoais e sociais. Em Winnicott temos, pois, não só uma teoria do desenvolvimento individual, mas uma teoria de como se entra na vida cultural, de como é a relação de determinação dos indivíduos em grupo, bem como uma teoria da comunicação (centrada na ação de brincar). Parece-me evidente que isto possa interessar aos educadores.

A função do educador é fornecer os meios e os instrumentos para que o desenvolvimento ocorra, para que o indivíduo se enriqueça nas suas possibilidades de ser. Além disso, todo educador sabe que a educação e o desenvolvimento dependem de suas bases afetivas. A comunicação, fundamento da educação, corresponde a um processo que tem como porta de entrada a boa relação afetiva, a receptividade afetiva, do aluno ao ensino (ou seja, à pessoa do professor que ensina). Se, do ponto de vista da psicanálise, o desenvolvimento emocional implica tudo fazer para que o indivíduo possa chegar a ele mesmo (e viver a partir desse si mesmo), mesmo que isto implique reconhecer certas limitações; do ponto de vista do educador, este também tem como objetivo levar os indivíduos a desenvolver as suas possibilidades, a enriquecer seus instrumentos para serem o que são, para serem o melhor que puderem ser a partir das suas características.

¹⁷³ Winnicott, 1957e, p. 59. Eu mesmo estou desenvolvendo este tipo de questão em minhas pesquisas no Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

As atividades de educar e de tratar terapeuticamente, ainda que possam ser muitas vezes confundidas ou sobrepostas, são diferentes, têm método e determinações diferentes. Diz Winnicott, nesse sentido: "O professor visa ao enriquecimento. Em contraste, o terapeuta interessa-se especificamente pelos próprios processos de enriquecimento da criança e pela remoção dos bloqueios ao desenvolvimento que podem ter-se tornado evidentes"¹⁷⁴. Talvez, tais distinções ajudem não só a especificar o foco de cada uma dessas atividades, muitas vezes presentes, sobrepostas tanto na clínica quanto na prática educativa, mas também para poder identificar que tipo de ação seria mais necessária para o desenvolvimento emocional e educacional de um indivíduo.

Para a semiótica e a linguística

O homem dá sentido aos acontecimentos da sua vida, pessoal e social; mais do que isso, ele é o único ente que cria a si mesmo e ao mundo em que vive, ele é, como diz Heidegger, criador ou formador de mundo, comparado, então, aos outros animais (que são pobres de mundo ou têm mundo estabelecido limitado) e aos seres inanimados (que são sem mundo).¹⁷⁵

Nesse processo de dar sentido ao mundo, o homem também cria signos. A ciência que se ocupa dos signos é a *semiótica* ou a *semiologia*. O termo e a ciência *semiótica* foram fundados de maneira mais objetiva e denominados dessa maneira pelo americano Charles Sanders Peirce (1839-1914); temos, no entanto, uma outra corrente, num viés mais francês, denominada *semiologia* – referida às propostas de Roland Barthes (1915-1980) e a de Algirdas Julius Greimas (1917-1992) –, que também se propõe a ser uma ciência dos signos¹⁷⁶. Ambas diferem, em função de suas origens, na maneira como definem e caracterizam o que é um signo. Enquanto para Peirce o signo tem uma estrutura composta por três elementos (o *signo* na sua materialidade própria, o seu *referente*, e um terceiro elemento, vértice dessa estrutura ternária-triangular, o seu *interpretante*, que é o agente-elemento que faz a ligação entre o signo e seu referente), do ponto de vista da semiologia, construída a partir da linguística de Saussure, o signo é composto por dois elementos: o *significante* (parte material do signo) e seu *significado* (parte semântica, ou responsável pelo sentido dado ao signo).

¹⁷⁴ Winnicott, 1971r, p. 74.

¹⁷⁵ Heidegger (2002 [1983]).

¹⁷⁶ Ainda que haja uma discussão significativa sobre o uso de uma ou outra terminologia para as ciências dos signos, ainda que a própria Linguística, por vezes, ocupe mais ou menos o lugar das propostas dos semiólogos, não é este o meu foco de interesse e análise. Creio que o importante aqui é a referência a uma ciência que se ocupa do problema dos signos, seus sentidos, seus modos de funcionamento etc. Para a compreensão de uma distinção mais detalhada, veja Ducrot & Todorov (1972).

A maneira como Peirce define o que é o signo torna possível colocar em evidência o agente que liga o signo a seu referente (o *interpretante*), e no que se refere aos signos humanos, coloca em evidência que há um sujeito psicológico que faz essa ligação, sujeito psicológico que corresponde (ainda que isso não seja muito preciso, mas seja o suficiente nesse contexto) com o interpretante do signo. A psicologia, e dentro dela a psicanálise, corresponde à parte da ciência que pode contribuir para explicitar como o sujeito psicológico faz essa operação. A psicanálise, como uma psicologia que reconhece a existência e a determinação dos processos psíquicos inconscientes, do valor dado à sexualidade infantil e ao complexo de Édipo, como determinantes dos sentidos dados às relações e às pessoas nas interações inter-humanas, tem, então, algo a contribuir com a semiótica. Mais à frente, depois de fazer alguns esclarecimentos importantes, retomarei quais interesses específicos pode haver na maneira como Winnicott concebe o modo como o ser humano dá sentido a sua existência, a seus pares, aos objetos com os quais se relaciona, aos grupos e à cultura na qual vive.

Se olharmos para os signos, no que se refere à sua relação com seus referentes, temos que, para Peirce há três tipos de signos: os ícones (quando a relação entre o signo e seu referente é uma cópia, ou algo semelhante, por exemplo, um desenho que procura ser fiel a seu objeto), os índices (quando a relação entre o signo e seu referente diz respeito a uma relação de determinação causal, por exemplo, onde há fumaça há fogo, o vento e a biruta, etc.), e os símbolos (onde a relação entre o signo e seu objeto é arbitrária, é uma convenção, por exemplo, a palavra "mesa" [table, *جودول*, etc.]) para o objeto mesa.

A linguagem corresponde a um sistema de signos específico, composto por símbolos e tem um funcionamento como base no modo como os símbolos funcionam; há, no entanto, outros sistemas de signos que servem para a comunicação (por exemplo, o sistema de signos que opera na comunicação entre as abelhas, como também outros sistemas de signos mais ou menos elaborados que regem a comunicação e a interação entre os seres), bem como outros sistemas de signos com suas especificidades. A linguística trata, especificamente, do modo como a linguagem se estrutura e como ele funciona, constituindo-se como uma ciência, no interior da semiótica ou da semiologia.

A compreensão das diversas maneiras como o ser humano dá sentido e assigna (constrói signos) para si mesmo, compartilhados ou não com outros, corresponde a um problema central da psicologia e da psicanálise. Nesse sentido, focando minha análise nas propostas de Winnicott, gostaria de colocar em evidência algumas de suas contribuições que dizem respeito a fenômenos que podem interessar ao semiótico e aos que estudam a linguagem.

Winnicott considera existir no homem uma função que ele denominou de elaboração imaginativa; ela é responsável por dar sentido aos

acontecimentos existenciais de um indivíduo. Inicialmente, trata-se de dar sentido aos acontecimentos corporais (desde que exista um sistema nervoso mínimo que possa servir de base para esse processo), depois, desenvolvendo-se e complexizando esse modo de dar sentido aos acontecimentos dirige-se ao próprio indivíduo, aos objetos e às pessoas com as quais o indivíduo se relaciona etc. Pode-se afirmar que a elaboração imaginativa das funções corporais, do início, complexiza-se, organizando-se de outros modos, exercendo funções como as de fantasiar, devanear, desejar, sonhar, imaginar, criar etc. Ou seja, a elaboração imaginativa torna-se o mecanismo geral, por meio do qual são dados sentidos às experiências existenciais e, desse modo, a todos os signos da existência. Pode-se afirmar, usando uma metáfora, que a elaboração imaginativa produz um colorido semântico para as experiências e os fatos existenciais do ser humano. A maneira como a noção de interpretante e a de elaboração imaginativa podem se relacionar (seja no campo da semiótica seja no da psicanálise) ainda é um campo de pesquisa a ser desenvolvido.

Winnicott também tem uma teoria própria sobre como nasce o símbolo na vida do homem; processo que leva ao modo de pensamento simbólico e ao uso da linguagem. Para ele, o símbolo nasce dos fenômenos transicionais (expresso na figura do ursinho que a criança dá vida e anima), sendo que nesse momento inicial, o objeto transicional é um símbolo da mãe com a condição de que a mãe esteja presente (ou não se ausente em demasia); o objeto transicional é um símbolo na presença do seu referente que, com o desenvolvimento, poderá prescindir do seu referente constituindo-se propriamente como um símbolo (na ausência do seu referente). Outras características do processo e do pensamento simbólico – associadas à integração do sujeito psicológico, à conquista da possibilidade de fazer a distinção entre mundo externo e mundo interno, o processo que leva à possibilidade de apreensão da realidade etc. – poderiam ser citadas, como fenômenos que também dizem respeito ao funcionamento da linguagem, que interessa tanto à psicanálise quanto aos estudos da linguística.

Ainda, associada à linguística, há um campo de pesquisas que diz respeito a alguns fenômenos específicos (os atos locutórios e perlocutórios) que abordam certos funcionamentos da linguagem quando ela faz um determinando acontecimento e não somente asigna, representa ou simboliza um fato (são as situações em que *Quando dizer é fazer* [1990], tal como estudou, por exemplo Austin); por exemplo, quando um sacerdote, nas condições adequadas, diz “eu os declaro casados”, fala que muda a condição existencial das pessoas envolvidas. Nesses casos, a linguagem está em função de determinadas ações e transformam, por assim dizer, o sentido existencial em jogo. Este fenômeno, analisado no campo da linguística, também tem proximidades com o que indiquei acima, descrito por Winnicott, como sendo a elaboração imaginativa. Aqui, também,

mais um campo específico que, ao que sei, não foi abordado pela psicanálise nem pela linguística, articulando o que cada uma das ciências pode descrever em relação a estes fenômenos.

Enfim, o campo da semiótica e da linguística está diretamente associado ao campo das intencionalidades e das ações que dão sentido aos fatos da existência, individuais e sociais, o que foi objeto de estudo de Winnicott e talvez possa, com a descrição dos processos e fenômenos a isto associados, feitos por ele, ser de interesse aos semióticos e linguistas.

Muitos outros aspectos do pensamento de Winnicott poderiam, aqui, ser destacados como sendo fenômenos de interesse – tais como, o desenvolvimento do pensamento em geral, o surgimento da mente e da inteligência, o desenvolvimento de sistemas de signos (simbólicos e não simbólicos) grupais, as identidades dos pequenos e grandes grupos como associados a sistemas de significação etc. –, mas creio que esse quadro geral já é suficiente para mostrar que tipo de interesse o pensamento de Winnicott pode ter para essas ciências.

Para a história do desenvolvimento da cultura

A psicanálise, já com Freud, apresentou uma teoria sobre como o ser humano se torna um ser humano, como ele se integra, como desenvolve certas características e potencialidades humanas, em termos da sua individualidade, mas também tem uma teoria sobre como o homem adentra no mundo cultural; ou seja, como são constituídas as grandes instituições culturais como a religião, a moralidade, o direito, as ciências, as artes, a política etc. Em Freud, este processo está intimamente relacionado com a questão da sexualidade e dos processos de interdição desta para que a vida em grupo possa ser possível. Freud construiu até mesmo um mito, com seu texto *Totem e Tabu*, a partir do qual pudesse explicar a dinâmica básica e fundamental que caracterizaria os agrupamentos humanos: neste mito, um macho alpha, por assim dizer, detentor de todas as mulheres e protetor do grupo, o pai de todos, teria sido deposto, morto e servido como refeição entre os irmãos machos que, por sua vez, para evitar que um novo macho ocupasse esse lugar, teriam estabelecido regras de convívio social, especialmente a regra de proibição do incesto. Este mito, criado por Freud, não corresponde, evidentemente, a um fato da história do homem, passível de ser encontrado em termos de vestígios factuais, mas tão somente a maneira ficcional que Freud encontrou para explicitar uma dinâmica de relacionamento inter-humano que vai caracterizar a vida em grupo.

Já abordei, neste capítulo, como Winnicott concebe o processo que leva o homem ao mundo da cultura, bem como de que maneira a moral é desenvolvida no ser humano, indicando que a sua perspectiva difere da perspectiva formulada por Freud. Caberia aqui, pois, retomar o

que foi analisado anteriormente para que os comentários feitos nesse item não pareçam assim tão magros e seja possível concluir, como faço a seguir.

Considerar, pois, que a cultura advém da necessidade de ampliar o campo dos fenômenos transicionais, do campo da brincadeira, bem como que a moral corresponderia a um fruto de uma ética do cuidado recebida e interiorizada, corresponde, pois, a um tipo de posição que poderia ser considerada pelas diversas ciências que se ocupam do desenvolvimento da vida cultural do homem, tais como a antropologia e a história.

Para a sociologia

Freud já afirmou que toda psicologia é social, que o estudo do indivíduo corresponde a uma maneira e faz parte da compreensão do que é a vida em grupo, do que é a vida cultural como um ser, necessariamente, de cultura. Seus textos mais importantes nesse tema é o seu "Psicologia de massas e análise do eu" e "O futuro de uma ilusão". Reduzindo a análise freudiana a apenas um de seus aspectos, ele considerará que a vida em grupo, o líder de um grupo e a admiração ou obediência desse líder podem ser compreendidos em função da relação que o ser humano tem com o pai, no quadro do cenário edípico: o líder ocupando o lugar do pai. Muitas foram as reações contrárias a esta análise de Freud, dentre elas, o monumental livro de Elias Canetti, *Massa e Poder* (1960), ampliando significativamente a compreensão das dinâmicas afetivas que determinam os homens nas suas relações grupais, nas suas relações com a cultura em geral e como eles agem quando estão numa situação na qual constituem uma massa.

No campo da sociologia, creio que importa não só a maneira como as sociedades se constituem, se produzem, reproduzem e como se modificam ao longo da história, mas também como o ser humano é determinado pela vida grupal (mais ou menos extensa), e como este mesmo indivíduo age transformando esse *socius* que o constitui. Não há ser humano que se constitua sem outro ser humano, a humanidade depende, para ser instaurada, dos cuidados humanos. Esta verdade sobre a constituição dos indivíduos, dos grupos e da vida social, é também o que nos leva a considerar o interesse da teoria winnicottiana sobre a constituição do indivíduo, de sua identidade, de seus valores etc., constituem e determinam o *lugar em que ele vive* (para usar a expressão de Winnicott). Também vimos anteriormente como a vida cultural está associada aos fenômenos transicionais e à atividade de brincar, o que, obviamente, já nos coloca em contato direto com os problemas do sociólogo.

Quero, no entanto, chamar a atenção para outras contribuições de Winnicott, que poderiam ser de interesse do sociólogo. Nesse sentido, vou apenas retomar alguns temas e algumas de suas afirmações para cá-

racterizar alguns fenômenos que talvez sejam muito próximos aos que surgem no campo da sociologia.

Ao referir-se ao fato de que todo ser humano nasce imaturo e dependente, Winnicott chama a atenção para uma experiência que está na base da constituição de todo indivíduo: uma dependência profunda de uma mulher! Marion Milner bem destacou essa condição no título de seu livro *Nas Mãos de um Deus Vivo!* Trata-se de uma "memória" presente nos indivíduos e na sociedade, seja de forma consciente seja de forma inconsciente. É nessa direção que Winnicott destaca um fenômeno interessante, o medo da mulher, que seria, pois, o medo da dependência: "Se a nossa sociedade demora em reconhecer plenamente essa dependência que constitui um fato histórico na fase inicial do desenvolvimento de todo indivíduo, ficará um obstáculo no conforto e na saúde completa, um obstáculo que resulta do medo"¹⁷⁷. A existência desse medo não impede, no entanto, que as pessoas se protejam deste tipo de situação, muitas vezes elas reagem justamente na direção de procurar uma dependência que, ilusoriamente, possa ser uma garantia, fato que está tanto na origem de certos comportamentos sociais quanto na constituição das sociedades ditatoriais:

Infelizmente, o medo de ser dominado não faz com que grupos de pessoas evitem ser dominados, pelo contrário, são atraídos para uma dominação específica ou escolhida. De fato, se estudarmos a psicologia do ditador, é de esperar que se encontre, entre outras coisas, que em sua luta pessoal está tentando esforçadamente controlar a mulher cujo domínio ele inconscientemente ainda tema, procurando controlá-la servindo-a, atuando para ela e, por seu turno, exigindo total sujeição e "amor"¹⁷⁸.

Certamente este é um fator emocional significativo a ser considerado na compreensão das organizações e dinâmicas de funcionamento social, mas cuja formulação, no campo da sociologia, parece, ainda, algo a ser feito.

Outro tema da sociologia, correlato ao acima indicado, corresponde à compreensão dos modos de organização social, dentre eles, as sociedades sem estado, as chamadas sociedades hidráulicas (tais como o Egito Antigo), as monarquias e, certamente, as democracias. Winnicott aponta para a possibilidade de entender qual é o sentido que as pessoas dão à democracia, bem como quais seriam as condições pessoais (psicoafetivas) para que um regime democrático possa existir. Nesse sentido, ele diz que, em termos gerais, a democracia é considerada um regime social maduro;

¹⁷⁷ Winnicott, 1964g, p. 10-11.

¹⁷⁸ Winnicott, 1964g, p. 11.

e, no que se refere, ao indivíduo, a maturidade também corresponde a um estado saudável. Já vimos as características do que é um indivíduo saudável e vimos que, dentre elas, está o sentimento e a possibilidade de sentir-se e agir como alguém responsável (que responde, ele mesmo) por seus atos. Note que no caso da democracia, que tem seu exercício marcado pelo exercício do voto secreto, o indivíduo precisa interiorizar uma luta externa e tomar uma decisão:

No exercício do voto secreto, toda a responsabilidade pela ação é assumida pelo indivíduo, se ele for suficientemente saudável para isso. O voto expressa o desfecho de uma luta dele consigo mesmo, tendo sido a cena externa internalizada e, portanto, trazida em forma de associações ao interjogo de forças existentes em seu próprio mundo pessoal, interno. Isto é, a decisão sobre a maneira de votar é a expressão da solução de uma luta dentro da pessoa¹⁷⁹.

Mais ainda, uma sociedade democrática precisa de sujeitos que possam agir democraticamente, de sujeitos que sustentem essa democracia, e esta quantidade de sujeitos deve ser tal que a sociedade funcione em função deles; caso contrário, se a quantidade de pessoas imaturas se mostrar predominante (isso não significa um dado quantitativo), a sociedade funcionará para estes últimos. Se ocorrer, por exemplo, de o funcionamento de uma sociedade estar sendo caracterizado muito mais pelos membros que agem antissocialmente (a psicopatia tornando-se dominante), teremos a tendência para o funcionamento antidemocrático se sobrepondo, ou seja, a sociedade funciona de forma imatura ou infantil; como comenta Winnicott:

Caso existam, em determinado momento numa sociedade, x indivíduos que demonstrem sua falta de senso social desenvolvendo uma tendência antissocial, há uma quantidade z de indivíduos reagindo à insegurança interna através da tendência alternativa – a identificação com a autoridade. Essa identificação é doentia, imatura, pois não é uma identificação com a autoridade que surge da autodescoberta. É o senso da moldura sem o senso do quadro, um senso da forma sem a manutenção da espontaneidade. É uma tendência pró-sociedade, mas anti-indivíduo. As pessoas que se desenvolvem dessa maneira podem ser chamadas de "antissociais ocultas"¹⁸⁰.

A própria construção da democracia, um dos fenômenos mais importantes dos sociólogos, talvez se beneficie profundamente da consideração dessas condições psicológicas a serem edificadas, como

¹⁷⁹ Winnicott, 1950a, p. 252.

¹⁸⁰ Winnicott, 1950a, p. 254.

condição de possibilidade para o Estado democrático. Em específico, a maneira como Winnicott associa a democracia à questão da maturidade dos indivíduos e dos lares corresponde, pois, a um fator extremamente importante para ser levado em conta nas práticas de intervenção social. A revolução e a constituição de regimes sociais mais democráticos parecem, pois, encontrar no título do livro de Winnicott: *Tudo Começa em Casa* um aporte significativo para a sua construção.

Muitas questões sociais poderiam ainda ser citadas, como sendo importantes de serem compreendidas com apoio nos processos que levam à constituição dos indivíduos e de suas identidades, tais como as identificações com grupos, os movimentos fundamentalistas, o medo do estrangeiro, como os indivíduos podem colocar a sua própria existência em segundo plano em função de certos ideais ou valores etc. Tudo isto reitera a concepção inicial de Freud de que a psicologia social é individual e que os conhecimentos que esta última pode fornecer pode contribuir para a compreensão das dinâmicas e processos sociais; e, no caso de Winnicott, que há concepções específicas sobre a constituição do indivíduo, das identidades, dos grupos, da democracia etc. que ajudam a descrever os fenômenos sociais.

Para os assistentes sociais e agentes análogos

O objeto, por excelência do assistente social, é o ambiente e a vida do indivíduo nos ambientes que podem contribuir para o seu desenvolvimento e para a manutenção da vida social organizada e com seus valores. Isto implica, necessariamente, a compreensão da natureza e da função da sustentação ambiental, ao longo de todo o processo de desenvolvimento; mais ainda, implica identificar que tipo de provisão ambiental é necessário para cuidar de uma determinada situação problemática ou patológica; por outro lado, implica também a compreensão do que é necessário para que um ambiente se mantenha saudável, ou relativamente saudável, o que pode implicar a decisão de retirar um indivíduo de determinado ambiente.

Winnicott tem uma teoria da natureza e da função da sustentação ambiental, tem uma teoria (quer dizer, descrição sintética) dos diversos tipos de sustentação-adaptação ambiental indicados para os cuidados profiláticos ou curativos dos indivíduos; ele tem também uma teoria da origem da agressividade no ser humano; e outra, complementar a estas, sobre a atitude antissocial e as psicopatias, explicitando sua origem, seu modo de tratamento e os limites desses tratamentos. Mais ainda, ele tem uma teoria sobre como surge a moralidade e sobre a importância e o modo de funcionamento da confiabilidade e da comunicação, necessárias para o contato humano e a respeitabilidade entre os seres humanos. Parece, pois, evidente, que estes entendimentos podem ser úteis para a ação

do assistente social, dado que sem este tipo de entendimento ele agiria na superfície dos acontecimentos sociais, sem ter ideia dos seus motores afetivos.

A evidência da importância destes conhecimentos, que estão em Winnicott mas também em diversos outros autores, é suficiente para que façamos apenas uma menção muito rápida ao interesse que o assistente social e os cuidadores, que agem de forma próxima à dos assistentes sociais, possam ter nessas informações.

Para as práticas jurídicas

As práticas jurídicas procuram reger as relações inter-humanas, procurando o bem justo (igualitário) para os indivíduos de uma sociedade; cabe à justiça, por um lado, agir em proveito da proteção dos mais fracos, evitar que a força seja instrumento de dominação e de submissão; por outro, ser um tipo de vingança (exercida pelo Estado) ante as injustiças cometidas, procurando proteger os indivíduos e o funcionamento da sociedade. Trata-se, aqui, de uma formulação muito genérica, talvez imprecisa, mas que tem como objetivo estabelecer um cenário para colocar em destaque uma série de deliberações que caberá à justiça realizar, tais como: cuidar de processos adotivos, estabelecer regras ante situação de disputa entre pais que estão se separando, procurar ambientes adequados para acolhimento e tratamento de indivíduos (crianças, adolescentes e adultos) infratores, restabelecer situações mais justas quando desigualdades e abusos de poder se estabeleceram etc.

Já existe, no campo da prática judiciária, diversos profissionais associados à psicologia que fornecem informações e dão apoio a juizes e a outros atores desse sistema. A importância da compreensão dos processos de desenvolvimento afetivo, a importância da natureza e função dos ambientes e da sustentação ambiental, a compreensão do que pode significar uma mãe (relativamente inadequada, mas que quer a criança) e uma instituição (adequada objetivamente, mas na qual a criança não terá a sustentação afetiva que o amor da mãe daria), dentre outras características da vida psicoafetiva, são já motivo evidente para indicar o tipo de interesse que a prática judiciária pode ter na psicologia e na psicanálise, de um modo geral.

No entanto, reconhecidos esses interesses gerais mais claramente visíveis, gostaria de chamar a atenção para alguns aspectos específicos das contribuições de Winnicott que podem ser objetivados como de interesse deste campo, alguns já citados, mas que vale a pena citar de forma mais direta. Não há uma ordem preestabelecida para fazer estes apontamentos, mas tão somente a reunião de uma série de pontos que me parecem importantes serem considerados.

O primeiro deles diz respeito à compreensão da natureza, da função

e da importância da relação mãe-bebê, como sendo o ambiente fundamental para a constituição de indivíduos saudáveis (isto forneceria informações importantes para evitar a manutenção de separações muito longas, mesmo que certas mães não sejam totalmente adequadas para fornecer tudo o que um bebê precisa).

Um segundo se refere ao fato de que a obtenção de informações confiáveis, sobre e das crianças, sobre e dos adultos etc. depende também do fato de que o agente que colhe as informações constitua uma relação de confiabilidade, o que a teoria winnicottiana da comunicação e do encontro humano pode fornecer, no que se refere ao explicitar quais são as condições para que isto ocorra. Se formos apenas aplicar formulários, devemos estar prontos para ouvir mentiras.

A compreensão da gênese da atitude antissocial é um dos elementos fundamentais, para agir ante um indivíduo que praticou um ato desta natureza. Roubar e contar mentiras, como reações a situações de privação, não podem simplesmente ser tratado pela punição, dado que o gesto (ao menos no início) antissocial é um grito de socorro, um pedido para que o ambiente volte a ser confiável (quer dizer, que o ambiente enxergue a criança nas suas necessidades, que não a abandone, que sobreviva afetivamente etc.). Só isto também não parece ser o suficiente, dado que a provisão ambiental que restaura a privação que está na base de uma atitude antissocial, nem sempre pode ser aplicada, ou pode ser aplicada na intensidade e no tempo necessários a esta recuperação, além disso, há casos em que o ganho secundário da atitude antissocial já se instalou de tal forma que uma reversão do modo de se comportar já não é mais possível. O que fazer nesses casos? Só uma compreensão teórica mais precisa e rigorosa da origem da atitude antissocial (o que a teoria de Winnicott pode fornecer), associada à compreensão das situações específicas dos indivíduos e dos seus ambientes, suas histórias, poderá dizer o que fazer; mas essa compreensão não é apenas um processo técnico, objetivado por uma anamnese, mas implica a possibilidade de o "psicólogo" ou outro agente análogo, que pertence ao campo da ação judicial, poder oferecer o ambiente de confiabilidade para que a comunicação e a intimidade possam ser produzidas. Sem estes procedimentos, as informações são obscuras e a decisão a ser tomada, sem os subsídios adequados.

De uma maneira ou de outra, estamos novamente na situação em que os juízes e os diversos agentes da justiça precisam de uma teoria do desenvolvimento emocional, sobre a qual poderão avaliar os ambientes, as necessidades, os conflitos envolvidos não só em função do que é justo e igualitário, mas em função do que é necessário para o desenvolvimento emocional, do que é necessário para preservar ou proteger o indivíduo (seja o infrator seja o que está sujeito à infração), o que é necessário para restabelecer a comunicação e a comunhão no sentido do cuidado dos indivíduos e dos grupos.

Quando a justiça é chamada, já houve um fracasso na comunicação e nas possibilidades de diálogo, compreensão e acordos mútuos, ou seja, as relações pessoais e afetivas, em geral, estão comprometidas, senão destruídas. Cabe, certamente, às práticas judiciais recompor a justiça entre as partes, mas o esgarçamento do tecido social, baseado nas possibilidades de comunicação, diálogos e respeitos mútuos, talvez permaneça como uma tarefa a ser cuidada. Certamente, tal objetivo extrapola o campo de ação dos juizes e de outros atores envolvidos, mas a compreensão dessa situação e um entendimento do cenário envolvido – passível de ser conseguido com a apreensão das concepções de Winnicott sobre o processo de desenvolvimento emocional, sobre os fundamentos emocionais que estão na base das ações e das relações entre os homens, sobre a natureza e a função dos ambientes em suas diversas possibilidades e momentos, inclusive o entendimento das origens de certos comportamentos que acabam solicitando a ação da justiça – podem fornecer uma possibilidade maior para que a intervenção da justiça contribua para esse objetivo ideal, que seria o de recompor o campo das relações humanas, baseado numa ética dos cuidados mútuos.

Para a filosofia

Freud, para quem a psicanálise devia ser tomada como uma ciência empírica (e não como uma filosofia), considerou que, pelo fato de a psicanálise ter apontado de forma mais objetiva para a importância dos processos psíquicos inconscientes e da sexualidade, na constituição da organização psíquica do ser humano, ela levava para a filosofia dois fatores importantes a serem considerados. Além disso, dado que a psicanálise pode compreender as motivações inconscientes dos indivíduos (como impulsos produtivos e/ou como limitações), ela poderia ser útil para pensar na filosofia como um produto destes indivíduos, produto racional mas que poderia ter seus limites e motivações desvelados pela psicanálise e, nesse sentido, contribuindo para o aprimoramento dos sistemas filosóficos (enquanto construções racionais de determinados indivíduos).

A filosofia tem-se ocupado profundamente da psicanálise, seja no campo da epistemologia ou da filosofia da psicanálise, seja no campo do desenvolvimento das descobertas e hipóteses psicanalíticas no campo dos problemas filosóficos. Não é o caso de fazer aqui uma retomada da longa lista de trabalhos filosóficos dedicados à psicanálise, ou comentada pelos filósofos, dos grupos de trabalho-pesquisa e das instituições que se dedicam à relação entre a filosofia e a psicanálise; isto corresponde já a um terreno estabelecido tanto na filosofia quanto no campo da psicanálise, quando os analistas discutem a contribuição dos filósofos para a sua prática e a sua teoria.

O que me parece talvez interessar aqui, neste livro, é a indicação do tipo de interesse que as propostas de Winnicott podem ter para a filosofia. Indicarei alguns desses interesses, sem a intenção de fazer um recenseamento, sem mesmo a intenção de diferenciar interesses centrais de secundários, mas somente com o intuito de indicar alguns exemplos. Já defendi a tese de que a psicanálise de Winnicott corresponde a uma proposta de síntese bem-sucedida entre as descobertas feitas por Freud e Klein (dentre outros psicanalistas contemporâneos a Winnicott) e as propostas dos fenomenólogos e existencialistas, agrupados na rubrica do existencialismo moderno. Isto implicaria, certamente, um retorno ao campo filosófico da fenomenologia, da analítica existencial de Heidegger, Merleau-Ponty, Sartre etc., para perguntar se as formulações de Winnicott estariam contempladas por estes sistemas filosóficos. É neste sentido que poderíamos perguntar sobre a origem do ser, em Winnicott, e o que representaria isso na analítica existencial de Heidegger; considerando os processos de temporalização e espacialização, como algo que é gerado no processo de desenvolvimento emocional; também caberia perguntar como a fenomenologia considera a origem dessas noções no homem; a distinção entre psique-soma e mente corresponde a uma distinção que também caberia ser dirigida aos sistemas filosóficos, para perguntar se estas estão de acordo com o quadro e a estrutura desses sistemas.

Enfim, trata-se, numa direção, de perguntar à filosofia se as distinções empíricas feitas por Winnicott (sua noção de ser, solidão essencial, falso e verdadeiro self, de EU e da integração em termos de pessoa inteira, de núcleo sagrado do self, da noção de tempo e de infinito, a noção de elaboração imaginativa, de tendência inata à integração, os três tipos de relação com a realidade [subjética, transicional, objetiva], a experiência de surgir do não ser, de ter uma vida que vale a pena ser vivida etc.) estão contempladas no quadro dos sistemas filosóficos que abordam e procuram caracterizar os modos de ser do ser humano.

A validade do conceito de Pulsão de Morte [*Todestriebe*]¹⁸¹ continua ocupando um lugar significativo no campo de discussão e desenvolvimento da teoria e da prática psicanalítica, como podemos reconhecer numa série de publicações atuais, seja fazendo uma análise crítica, histórica e epistemológica do conceito¹⁸², seja analisando sua necessidade e utilizando-o como operador teórico, ainda que propondo algumas alterações mais ou menos significativas¹⁸³, ou, ainda, rejeitando-lhe a proficuidade¹⁸⁴. Nesse cenário, apoiando-me em algumas das publicações de Otto Kernberg e André Green, procurarei recolocar a discussão sobre a validade heurística desse conceito, analisando a posição de Winnicott, que o rejeita e fornece alternativas para a compreensão das raízes da agressividade e dos fundamentos da compulsão à repetição no ser humano. Trata-se de explicitar uma das possibilidades de abordagem desse tema sem desejar, no entanto, que a posição aqui apresentada seja uma síntese ou aborde todas as questões que envolvem essa temática.

Em primeiro lugar, creio ser necessário retomar sucintamente qual é a concepção de Freud sobre a natureza e a função do conceito de Ins-

¹⁸¹ Tendo em vista lidar com o problema da tradução desse termo alemão, utilizado por Freud, considero como sinônimo de *Todestriebe* os vocábulos *Death Drive*, *Instinct of Death* e *Pulsion de Mort*, utilizando um ou outro em função dos termos usados pelos autores que comentarei. Um estudo sobre a natureza e a função do conceito de *Trieb*, na obra de Freud, pode ser encontrado em Loparic (1999), Kernberg (2004) e Fulgencio (2005 e 2008b).

¹⁸² Por exemplo, em Armengou, 2009; Caropreso & Silmanke, 2008; Frank, 2014; Kernberg, 2009.

¹⁸³ Por exemplo, em Assoun, 2008; Blanco, 2005; Green, 2010b; Kernberg, 2009; Lucas, 2002; Reeves, 2007.

¹⁸⁴ Por exemplo, em Black, 2001; Geyskens, 2003; Rodulfo, 2008.

tinto de Morte. Para ele, esse conceito é uma *especulação* que supõe um *fictício* impulso fundamental, de valor apenas heurístico; agindo na base da determinação do funcionamento psicoafetivo do ser humano, útil para auxiliar na compreensão de uma série de fenômenos clínicos e sociais, difíceis de serem compreendidos em sua gênese (tais como o masoquismo, o sadismo, a hipocondria, a reação terapêutica negativa, a compulsão à repetição, a agressividade e a destrutividade). Para Freud, o Instinto de Morte corresponde a uma necessidade de descarga de excitação, com o objetivo de atingir o menor nível energético no aparelho psíquico; em última instância, a busca pelo retorno ao estado inorgânico de onde a vida teria vindo.

Freud considera a pulsão [*Trieb*] um tipo de conceito fundamental de natureza convencional, como se fosse uma causa incondicionada ou primeira, em relação a qual nenhuma outra causa anterior deveria ser buscada ou suposta,¹⁸⁵ um *mito*, uma suposta força psíquica que caracteriza o ponto de vista dinâmico na psicologia psicanalítica, pensada por analogia às forças físico-químicas, em concordância com o projeto kantiano que explicita o fundamento metafísico das ciências da natureza.¹⁸⁶

Pensando o aparelho psíquico de forma análoga a um sistema, movido por forças e energias, que procura um equilíbrio energético, o Instinto de Morte, para Freud, não *quer* a morte, dado que não se trata propriamente de uma intenção – ainda que esta possa ser um efeito secundário – tal como não há intenção nos fluxos energéticos da natureza (a energia liberada pela bomba atômica não tem o objetivo de destruir, a corrente elétrica não tem o desejo de dar choque, o calor não quer queimar etc.).

Freud não só reitera, diversas vezes, o aspecto especulativo de seu conceito como também expressa suas dúvidas quanto à sua validade¹⁸⁷, ainda que também declare que já não consegue pensar de outra maneira¹⁸⁸.

¹⁸⁵ Poder-se-ia considerar causas posteriores, que se acrescentam às determinações advindas das pulsões, mas não caberia perguntar como uma pulsão é gerada ou, ainda, qual é o processo que dá origem à pulsão de morte.

¹⁸⁶ Cf. Fulgencio (2005), para uma análise mais detalhada da natureza especulativa e da função heurística dos conceitos metapsicológicos em Freud.

¹⁸⁷ Freud diz que a postulação do instinto de vida e do instinto de morte, enquanto forças elementares, "não parece suficientemente assegurada e é possível que os fatos da análise clínica suprimam a pretensão à [sua] existência" (1923b, p. 42). E ainda, reconhecendo suas dúvidas: "Pode-se perguntar se e em que medida estou, eu mesmo, convencido das hipóteses aqui desenvolvidas [sobre o instinto de vida e o de morte]. Eu responderia que não estou, eu mesmo, convencido e que não peço a outros que acreditem nelas. Mais exatamente: não sei em que medida creio nelas" (1920g, p. 58).

¹⁸⁸ Diz Freud: "com o passar do tempo elas [as hipóteses do instinto de vida e de morte] adquiriram um tal poder sobre mim que eu não posso mais pensar de outra maneira" (1930a, p. 119).

Frank García-Castrillón Armengou (2009), ao fazer um estudo sobre o conceito de Instinto de Morte no desenvolvimento da psicanálise pós-Freud, salientou que o critério para verificar a sua aceitabilidade ou validade deve ser procurado na sua correspondência com os fenômenos clínicos¹⁸⁹, concluindo que não há evidências nem argumentação conceitual atual que o torne aceitável no seu sentido literal, ou seja, no seu sentido não especulativo¹⁹⁰. Além disso, ao analisar as diversas maneiras como esse conceito tem sido abordado, afirma que não há consenso quanto ao seu sentido e referência, e que "sua utilização é restrita a determinados contextos teóricos, e não consegue convergir com outras teorias psicanalíticas sobre a destrutividade humana"¹⁹¹.

Sendo assim, o problema da validade, ou mesmo da utilidade, do conceito de Instinto de Morte não pode ser resolvido seguindo uma única argumentação ou reflexão crítica, mas precisa ser analisado em cada uma das suas especificidades de sentido e referência, considerando, pois, os diversos sistemas teóricos no interior do campo atual da psicanálise¹⁹². É nesse sentido da busca de soluções e de perspectivas parciais e delimitadas que proponho explicitar a posição de Winnicott.

Apresentando desde já minha posição, o conceito especulativo de Instinto de Morte interrompe a discussão e a procura pelas causas que estariam na origem dos comportamentos destrutivos e repetitivos. Ao considerar um instinto de morte, não cabe perguntar o que o gera, restando apenas a alternativa de perscrutar quais seriam as decorrências e os desenvolvimentos do seu funcionamento na história psicoafetiva dos indivíduos: *o Instinto de Morte mata a discussão!* Ao rejeitar esse tipo de especulação, somos levados a retomar os problemas clínicos observados por Freud, na procura das determinações inconscientes que fornecem os sentidos ou intenções das ações humanas, sempre referidas à história da constituição psicoafetiva do indivíduo nas suas relações inter-humanas. A vantagem de substituir uma teorização especulativa por outra com conceitos que têm referentes adequados na realidade fenomenológica é que temos, evidentemente, maiores chances de intervir clinicamente sobre fatos, e uma possibilidade muito menor de, agindo sobre especulações (ainda que essas possam ter um poder heurístico, levando-nos, indiretamente, aos fatos e às dinâmicas psíquicas), modificar os fatos.

¹⁸⁹ Armengou, 2009, p. 264.

¹⁹⁰ Armengou, 2009, p. 263.

¹⁹¹ Armengou, 2009, p. 281.

¹⁹² Como também defende Green, 2005, p. 11.

Aspectos gerais da teoria do afeto e do conceito de instinto de morte em Otto Kernberg

Otto Kernberg (2003a; 2003b; 2004; 2009a; 2009b), apoiando-se numa série de estudos de neurobiologia e neurociências, considera que os afetos devem ser tomados como os impulsos básicos dos comportamentos dos seres humanos, tanto os amorosos como os agressivos¹⁹³. Reconhecendo que não foi encontrada até agora nenhuma evidência biológica para o conceito freudiano de *Trieb*, ele avalia que há, no cenário atual, uma tendência para substituir a teoria dos instintos de vida e de morte pela *teoria dos afetos*¹⁹⁴. Os afetos seriam as motivações primárias que, por sua vez, se expressariam em termos de *drives*, em termo da teoria das pulsões de Freud. Mesmo considerando que não há evidências empíricas para sustentar a existência de uma pulsão de morte, ele considera, com base na sua clínica e com base nos fenômenos culturais de destruição de massa, que isto indicaria a existência de uma tendência destrutiva do indivíduo e, assim, reitera a importância do conceito de pulsão ou instinto de Morte, considerando-o mais de acordo com um conjunto de fatos individuais e culturais que não podem ser negligenciados, em especial os impulsos autodestrutivos e as ações de destruição de massa¹⁹⁵. Nesse sentido, mesmo reconhecendo que o Instinto de Morte não corresponde a uma disposição inata da psicologia humana¹⁹⁶, ele considera que esse conceito é relevante para a prática clínica, dado que estaria mais de acordo com os conflitos inconscientes que determinam as ações humanas, especialmente as referidas à compulsão à repetição, ao sadismo e ao masoquismo, à reação terapêutica negativa, ao suicídio em pacientes deprimidos e não deprimidos, e as ações destrutivas de grupo¹⁹⁷. Procurando fornecer uma solução que possa integrar a teoria da motivação inconsciente, com base na teoria dos afetos, e a teoria do Instinto de Morte, ele supõe reconhecer esse impulso básico destrutivo nas dinâmicas e nos tratamentos de pacientes gravemente enfermos: "o conceito de pulsão de morte é uma designação da dominante motivação inconsciente em direção à autodestruição, justificada pela compreensão dos casos graves de psicopatologia"¹⁹⁸.

A pergunta a ser feita é se ainda seria necessário supor um impulso, sem referência objetiva reconhecida no campo empírico, que determi-

¹⁹³ Kernberg, 2009a, p. 1011.

¹⁹⁴ Kernberg, 2004; 2009b.

¹⁹⁵ Kernberg, 2003a, 2003b.

¹⁹⁶ Kernberg, 2009a, p. 1021.

¹⁹⁷ Kernberg, 2009a, p. 1009 e p. 1011.

¹⁹⁸ Kernberg, 2009a, p. 1011.

naria o homem na sua destrutividade. Por que manter a especulação do suposto impulso destrutivo constitucional se o recurso a uma teoria psicanalítica dos afetos poderia fornecer um caminho para a compreensão e a intervenção clínica? Na perspectiva de Kernberg, há uma limitação na teoria e na prática psicanalítica para abordar e tratar as dinâmicas destrutivas (tanto no âmbito individual como no social), bem como uma limitação das teorias neurobiológicas – nesse mesmo sentido prático, de maneira tal que não se consegue, ainda, a série de determinações causais, sem lacunas, que gera todo tipo de agressividade –, o que justificaria a opção de manter a especulação freudiana, considerando-se que é melhor termos a referência a um princípio para a destrutividade do que ficar sem princípio algum. No entanto, mantendo-nos no campo especulativo do conceito de Instinto de Morte também não temos os instrumentos necessários para agir sobre os fundamentos dos impulsos e das ações destrutivas, mas tão somente sobre aquilo que supomos derivar desse impulso.

A pulsão de morte como sinônimo de *destrutividade originária* para André Green

André Green (1993, 2002, 2005, 2010, 2011), ainda que numa perspectiva diferente da de Kernberg, também avalia que a pulsão de morte é um conceito *necessário*, ainda que especulativo, talvez no mesmo sentido em que Freud avalia a metapsicologia como indispensável¹⁹⁹. Para Green, o sentimento de culpa inconsciente, o masoquismo e outras organizações patológicas são, em *última instância*, fenômenos que se ligam a manifestações da pulsão de morte, o que ele conclui não propriamente por alguma prova empírica, mas por sua apreensão pessoal dos fenômenos clínicos: “se chego a esta conclusão, não é devido a alguma relação com alguma realidade que eu tenha captado em minha experiência, mas porque eu reconheço a natureza especulativa essencial do conceito ‘supremo’ tal como Freud o chama”²⁰⁰. Reconhecendo a validade da última teoria das pulsões formulada por Freud e a suposição da constante luta entre as pulsões de vida e a pulsão de morte, Green considera que esses impulsos básicos poderiam ser reconhecidos no que ele formulou como uma função objetizante e desobjetizante, e na constituição de um narcisismo de vida ou um narcisismo de morte. Em sua opinião, as coisas ficam muito mais claramente colocadas se, ao invés de usarmos o termo “pulsão de morte”, o substituirmos por “destrutividade”, considerando, então, que haveria

¹⁹⁹ Cf. Fulgencio, 2005.

²⁰⁰ Green, 2010, p. 147.

uma “destrutividade originária”, de dupla orientação (*auto e hetero*), que constituiria o ser humano.²⁰¹

Nesse sentido, Green reitera a intuição freudiana de que haveria, no ser humano, um impulso destrutivo como elemento constitucional, *mas* cujo desenvolvimento depende das relações de objeto e dos tipos de narcisismo que um indivíduo experimenta e/ou constitui ao longo de sua vida. Divergindo de Freud, Green recusa a ideia de que a pulsão de morte seria uma tendência teleológica para a descarga completa das tensões, visando a um estado inorgânico, e considera que essa destrutividade depende das relações de objeto.²⁰² Recolocada a questão dessa maneira, pode-se perguntar qual é a origem da destrutividade ou da pulsão de morte no ser humano; trata-se de um impulso inato ou derivado apenas da história de desenvolvimento psicoafetivo do ser humano na sua relação com outros seres humanos?

No livro de Green sobre a pulsão de morte, *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort?* (2010), ele dedica um capítulo a Winnicott, procurando mostrar que, apesar de este último recusar explicitamente esse conceito, tem a sua versão deste ao referir-se à situação inicial do bebê na sua relação com o ambiente:

(...) esse estado do qual provem o par indivíduo-ambiente, não comportando nenhuma consciência do objeto, corresponde a um estado de “solidão essencial”, provavelmente em relação com aquilo que Freud nomeou narcisismo primário. Isso poderá reaparecer em certas regressões. Winnicott vê aí um equivalente do que Freud atribui como um funcionamento ligado à pulsão de morte²⁰³.

No seu artigo “Origines et vicissitudes de l’Être dans l’oeuvre de Winnicott” (2011), Green interpreta a vida pessoal-afetiva de Winnicott para defender a primazia da sexualidade e a necessidade de ser considerada a existência de uma pulsão de morte. Nesse artigo, Green defende a hipótese de que Winnicott teria introduzido a questão do ser na psicanálise como um tipo de reação (ou sintoma) que procuraria recusar os aspectos destrutivos da natureza humana (tanto em termos gerais como em termos da sua própria existência e história afetiva), tão evidenciados pela noção de pulsão de morte. Ele afirma, então, que essa substituição da primazia da sexualidade e a recusa da pulsão de morte são uma reação emocional de Winnicott, advinda das suas dificuldades em lidar com a destrutividade (vivida em algumas de suas “curas” psicanalíticas malsucedidas, especialmente uma paciente de Winnicott que teria se suicidado,

²⁰¹ Green, 2010, p. 146.

²⁰² Cf. Urribarri, 2010, pp. 268-269.

²⁰³ Green, 2010, p. 85.

bem como seus próprios ataques cardíacos, como expressão de uma destrutividade interna) e com a erotidade materna²⁰⁴. Retorno à afirmação sintética de Green, defendendo essa hipótese:

Suponho que, em vez de aceitar a ideia de um instinto de morte, Winnicott reagiu introduzindo o conceito de "ser", suficientemente poderoso para se opor à tentação de destruir inteiramente o objeto ou, ao menos, para ajudá-lo a sobreviver a seus ataques [cardíacos]²⁰⁵.

Mostrarei, adiante, quando me ocupar da posição crítica de Winnicott em relação à hipótese de Freud de que a vida vem do inorgânico, que esta interpretação que Green faz de Winnicott, ao menos no que diz respeito à pulsão de morte, não está de acordo com o pensamento de Winnicott, seja em relação à sexualidade seja em relação à agressividade e que a recusa à noção de pulsão não corresponde a uma atitude reativa, ao retorno do seu recalcado, mas à descrição de fenômenos existenciais que podem fornecer uma explicação melhor para o surgimento da *agressividade* e da *compulsão à repetição*, sem que seja preciso apelar para uma força demoníaca que tem por finalidade a destrutividade cega, ou seja, trata-se de encontrar um sentido existencial para esses fenômenos.

Num sentido parecido com o da análise de Kernberg, Green considera, pois, que a biologia contemporânea (seja pela teoria sobre os afetos, seja pelas dinâmicas que caracterizam a microbiologia das células) fornece dados que não contradizem a hipótese de um impulso destrutivo originário; talvez, por analogia, o considere mesmo plausível. Isso não desfaz o fato de que essa hipótese é uma especulação de reconhecido valor heurístico, mas que não deixa de ser uma especulação.

No entanto, tanto num caso como no outro – na consideração de que são os afetos os verdadeiros motores dos comportamentos e de que são os fatos psíquicos que impulsionam o ser humano, bem como na suposição de que é pela compreensão das relações objetais que teríamos a compreensão dos fenômenos de repetição e destrutividade no ser humano –, pode-se perguntar sobre a necessidade do conceito especulativo de instinto de morte. Por que a compreensão desses fenômenos não seria suficientemente explicada pela história psicoafetiva dos indivíduos nas suas relações inter-humanas?

²⁰⁴ Green refere-se a um comentário de Rodman, que lhe teria esclarecido sobre os motivos que fizeram Winnicott introduzir a questão do ser (reconhecível na de elemento feminino puro): "Sua meditação tardia sobre a clivagem dos elementos masculinos e femininos sugere que ele havia encontrado uma maneira de apresentar seu próprio caso, ou integrar o seu próprio caso, naquele do homem que era visto como se fosse uma mulher. Ele teria percebido que no início de sua vida, sua mãe o viu como uma menina e, em seguida, ele tinha parado de lidar com isso sem ser capaz de identificá-lo como tal" (Rodman, 2003, p. 310).

²⁰⁵ Green, 2011, p. 1162.

Críticas de Winnicott ao conceito de instinto de morte

Na obra de Winnicott, encontramos uma radical recusa do conceito de *instinto de morte*, considerando até mesmo que este talvez seja "o único erro de Freud"²⁰⁶. Ele lamenta que Klein tenha se apoiado na noção de Instinto de Morte, porque considera que essa noção *confunde tudo*²⁰⁷, que ela que cria uma aparência ilusória de compreensão²⁰⁸. A posição crítica de Winnicott não tem ambiguidade: "simplesmente não acho válida sua ideia de instinto de morte"²⁰⁹. Numa carta a Money-Kyrle, de 1952, lembrando que Freud tinha dúvidas quanto à validade desse conceito, Winnicott esclarece que esse termo está sendo usado no lugar de palavras que dizem respeito a fatos clínicos mais objetivos – tais como a agressividade, o impulso destrutivo ou o ódio –, e que Freud ficaria horrorizado com essa maneira como o conceito estava sendo usado na Sociedade Britânica de Psicanálise²¹⁰.

Reconhecendo o peso que isso significa, Winnicott afirma que gostaria de poder aliviar Freud de carregar esse *erro* nas suas costas de Atlas²¹¹. Winnicott opõe-se à afirmação de Freud segundo a qual a matéria orgânica tende a voltar para a inorgânica. Ao referir-se à hipótese freudiana de que a vida busca um retorno ao estado de não vida, ele dirá: "no que diz respeito à psicologia, não significa absolutamente nada, exceto uma afirmação do óbvio. Provavelmente não é verdade nem mesmo na sua forma mais crua e simples"²¹². Para Winnicott, a vida não vem propriamente do inorgânico, mas de outra vida, de um ovo que vem de outro ovo (numa pré-história ancestral que tem milhões de anos, iniciada desde o momento em que a vida surgiu da matéria inorgânica). No que se refere à história psicológica do indivíduo, que é o que interessa para a psicanálise, Winnicott considera que o indivíduo emerge não da matéria inanimada, mas de um estado de não vida que ele caracteriza como sendo o da *solidão essencial*²¹³. É desse estado de solidão, estado de não ser no qual ainda não se está vivo, que advém o ser²¹⁴.

²⁰⁶ Winnicott, 1987b, p. 37.

²⁰⁷ Winnicott, 1987b, p. 35.

²⁰⁸ Winnicott, 1987b, p. 51.

²⁰⁹ Winnicott, 1965va, p. 161.

²¹⁰ Winnicott, 1987b, p. 37.

²¹¹ Winnicott, 1989xa, p. 188.

²¹² Winnicott, 1987b, p. 36.

²¹³ Winnicott, 1988, p. 153-155.

²¹⁴ Winnicott, 1988, p. 153.

Para Winnicott, Freud parece ter compreendido a ideia inicial, mas errou ao compreender que se refere a um estado inorgânico passível de ser descrito em função das leis da matéria não viva (em especial, a segunda lei da termodinâmica). A esse respeito, ele declara: "seria mais útil aos que pretendem levar adiante o trabalho de Freud que, deste ponto em diante, abandonem tudo exceto a ideia original"²¹⁵. Pode-se afirmar, portanto, que, para Winnicott, o estado de *solidão essencial* não corresponde ao estado inorgânico, o que faz com que o argumento de Green – que identifica o estado de "solidão essencial", o "narcisismo primário" e o estado de não vida (inorgânico) de onde adviria o ser – não possa ser considerado tendo em vista as posições de Winnicott. É nesse sentido que Winnicott caracteriza a própria natureza humana como uma continuidade de ser entre esses dois estados de não ser – o de ainda não estar vivo e o de já não estar vivo²¹⁶, ou, noutros termos, ressaltando a dimensão temporal da natureza humana: "O ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana"²¹⁷.

Para Winnicott, a compreensão que o ser humano tem da morte é uma projeção do que seria a experiência vivida em relação a esse estado de não ser, um ponto inicial para o qual o indivíduo pensaria em voltar caso quisesse começar tudo de novo: "Muito do que geralmente é dito e sentido a respeito da morte, na verdade, se refere a este estado anterior ao estar-vivo, no qual o estar sozinho é um fato e a dependência ainda se encontra muito longe de ser descoberta"²¹⁸. Antes de ser dependente, o indivíduo é sozinho, uma solidão na qual não há nada, nem self, nem nirvana. Com a experiência do *primeiro despertar*, diz Winnicott, o indivíduo tem a ideia de que existe um lugar de repouso absoluto de onde ele teria vindo, um estado cheio de paz no qual o indivíduo ainda não estaria vivo, um estado que poderia ser alcançado caso fosse possível fazer uma regressão extrema²¹⁹. Quanto à morte que advém depois do estar vivo, esta é, tanto para Freud quanto para Winnicott, incognoscível, e a compreensão que o ser humano pode ter dela nada mais é do que uma projeção desse estado inicial. Sendo assim, a passagem para a morte é, certamente, um retorno à solidão essencial.

Winnicott considera a constituição do ser um fenômeno que é anterior à administração da vida instintual²²⁰, afirmando que *do ser vem o*

²¹⁵ Winnicott, 1988, p. 154.

²¹⁶ Winnicott, 1988, p. 154.

²¹⁷ Winnicott, 1988, p. 29.

²¹⁸ Winnicott, 1988, p. 154.

²¹⁹ Winnicott, 1988, p. 154.

²²⁰ Winnicott, 1958n, p. 403; 1965m, p. 129.

fazer²²¹, inclusive o fazer relacionado à administração da vida instintual. Ao diferenciar, no bebê, o estado excitado do estado tranquilo (sem a perturbação dos instintos), ele considera este último como primário, como condição para o fazer: "O estado tranquilo certamente é o primário, merecendo um estudo por direito próprio"²²². Isso significa considerar que, para ele, não seria correto, em termos descritivos, pensar o ser humano, nesse seu início, apenas em função da teoria dos instintos de Freud, seja na sua primeira versão, com os instintos de autoconservação e os sexuais, seja na sua segunda, com os instintos de vida e de morte.

A base de entendimento dessas críticas de Winnicott está nas suas concepções sobre a profunda imaturidade afetiva e cognitiva do bebê, e da relação de dependência deste em relação ao ambiente no início do processo de amadurecimento, bem como do reconhecimento da questão do ser e da tendência inata à integração introduzindo uma nova ontologia no pensamento psicanalítico sobre o desenvolvimento do ser humano.²²³ No que se segue, abordarei esses temas mostrando que alternativas ele deu para a compreensão da agressividade e da tendência inata à integração.

Aspectos gerais das origens da agressividade para Winnicott

Para Winnicott, a origem, mais primitiva, da agressividade no ser humano deve ser procurada nas efetivas dinâmicas relacionais, quando o bebê ainda não tem a capacidade de distinguir entre mundo interno e mundo externo²²⁴, quando não haveria, ainda, a possibilidade de o bebê relacionar-se com objetos que seriam percebidos como objetos externos (mas somente com *objetos subjetivos*²²⁵ e *objetos transicionais*), ou seja, muito

²²¹ Winnicott, 1971f, p. 7.

²²² Winnicott, 1988, p. 134.

²²³ A introdução da questão do ser na psicanálise, por Winnicott, já foi comentada por Georges Amado (1978, 1979), referindo-se à necessidade de a psicanálise ser considerada como uma psicanálise do ser, bem como, *en passant*, por Pierre Drapeau (2002, p. 20) e René Roussillon (2009, p. 123-124), avaliando que essa questão significa uma "ruptura epistemológica" na teoria e na prática psicanalítica, que abre um imenso canteiro de obras para as pesquisas futuras. Certamente esse tema exigiria uma análise mais ampla e detalhada, desenvolvimento que as dimensões deste artigo não possibilitam apresentar, mas cuja referência é imprescindível.

²²⁴ Winnicott, 1958d, p. 166.

²²⁵ A noção de *objeto subjetivo* corresponde a uma das grandes novidades propostas por Winnicott. Não se trata de um objeto alucinado, nem imaginado, mas criado num mundo em que não existe propriamente o bebê e os objetos que são não bebês, mas um mundo em que os objetos são também o bebê. Por tratar-se de tema ainda pouco explorado na literatura secundária, faço uma indicação mais extensa de algumas referências de Winnicott

antes que a conquista da integração pessoal num Eu diferente de um não eu tenha ocorrido. Tendo o indivíduo chegado ao estado de integração que possibilita as relações objetais propriamente ditas, os objetos assim reconhecidos (externos, diferenciados do self) podem satisfazê-lo ou frustrá-lo, gerando, então, ações reativas, agressivas e destrutivas; mas esta seria uma segunda origem dos comportamentos, sentimentos e desejos agressivos e destrutivos.

Winnicott afirma que uma teoria da agressividade pensada em termos do Instinto de Morte é falsa²²⁶. Do seu ponto de vista, uma teoria verdadeira (ou seja, de acordo com os dados empíricos e com conceitos que têm como referentes fatos empíricos) deveria considerar dois fatores advindos da relação do indivíduo com o seu ambiente: "aquele inerente aos impulsos do amor primitivo (no estágio anterior ao *concern*, independente das reações à frustração), e aquele pertencente à interrupção da continuidade do ser pela intrusão que obriga a reagir"²²⁷. É, pois, pela consideração do impulso amoroso primitivo e da interrupção da continuidade de ser que encontramos uma alternativa para pensar as raízes da agressividade. O impulso amoroso primitivo diz respeito à ação que deriva do próprio fato de estar vivo, corresponde à expressão do ser associada à própria motilidade, num momento em que o bebê depende totalmente do ambiente sem ter nenhuma noção de que dependa, sem ter até mesmo o reconhecimento de que existe um ambiente separado dele, dado que não há, nesse momento, um lugar para uma realidade não self²²⁸. Nessa fase, as ações do bebê não são propriamente intencionais, nem se dirigem a um objeto reconhecido como sendo não ele; não há no bebê uma intenção de destruir, mas uma atividade sem raiva²²⁹. Nesse sentido, de acordo com Winnicott, o conceito de Instinto de Morte é desnecessário, desde que a agressão possa ser considerada uma evidência da vida²³⁰.

a esse conceito (1965], pp. 168-172; 1965n, p. 56; 1971b, p. 12; 1971l, p. 177; 1971va, p. 140; 1988, Parte IV, Cap. 1 e Cap. 4). Poder-se-ia fazer uma crítica aos que consideram Winnicott um teórico das relações de objeto – especialmente Greenberg & Mitchell (1983) –, dado que o objeto subjetivo não seria *mais um objeto* (não há, no caso dos objetos subjetivos, um sujeito que se relaciona com um objeto, como dois aspectos ou elementos distintos da realidade: A se relacionando com B). Nesse sentido, Winnicott não seria propriamente um teórico das relações com os objetos, no sentido que foi dado a essa expressão na história clássica da psicanálise, mas sim, mais propriamente, um teórico das relações com o ambiente.

²²⁶ Winnicott, 1988, p. 154-155.

²²⁷ Winnicott, 1988, p. 155.

²²⁸ Winnicott, 1988, Cap. IV e V.

²²⁹ Cf., por exemplo, Winnicott, 1969l, p. 177.

²³⁰ Winnicott, 1965h, p. 127.

Ao considerar que o indivíduo surge da solidão, como um gesto espontâneo sustentado pelo ambiente, tomando a motilidade e a vitalidade como movimentos que agem sobre o ambiente e seus objetos, tendo, pois, uma relação de incompadecimento com a mãe-ambiente, bem como que no processo de amadurecimento (ou integração) o indivíduo chegará não só a reconhecer esse ambiente como externo a ele, mas também a se sentir responsável pelo que ocorre e decorre de suas ações no ambiente, Winnicott afirmará que tal compreensão descritiva do processo de amadurecimento esclarece a origem da agressividade e da destrutividade no ser humano²³¹.

Winnicott traça uma linha do desenvolvimento centrada na questão da *continuidade do ser*²³², descrevendo uma criança que nasce absolutamente dependente do ambiente e segue integrando-se em unidades cada vez mais complexas (self, Eu Sou, Pessoa Inteira). No início desse processo de amadurecimento, também denominado de fase da *dúpla dependência*²³³ ou da *dependência absoluta*²³⁴, o bebê, impulsionado pelo que Winnicott caracteriza como a *tendência inata à integração*²³⁵, não pode reconhecer o ambiente e seus objetos (a mãe) como externos a ele²³⁶, o que caracterizará um tipo de relação de incompadecimento (*ruthlessness*)²³⁷ com o ambiente. Segundo Winnicott, nesse momento, o bebê não tem maturidade para reconhecer o mundo como externo, para relacionar-se com objetos como sendo externos a ele²³⁸. Nessa fase em que o bebê depende do ambiente sem ter nenhuma noção de que depende de algo (o ambiente e seus objetos; a mãe que se adapta às suas necessidades), ele não tem nenhuma relação de cuidado com os objetos que o ambiente lhe fornece. É nesse sentido, tendo em mente essa linha de desenvolvimento psicoafetiva do ser humano, que ele afirma desnecessário supor um instinto de morte "Se é possível encontrar a sequência – solidão, dúpla dependência, impulso instintivo num estado anterior ao compadecimento [*a state prior to ruth*], e logo a preocupação (*concern*) e a culpa –, não parece necessário recorrer-mos a um 'Instinto de Morte'"²³⁹.

²³¹ Winnicott, 1988, p. 156.

²³² Winnicott, 1988, p. 148.

²³³ Cf., p. ex., Winnicott, 1955d, p. 384.

²³⁴ Cf., p. ex., Winnicott, 1955c, p. 371; 1965n, p. 56; 1988, p. 153.

²³⁵ Cf. Winnicott, 1965n, p. 55; 1996n, p. 204.

²³⁶ Winnicott, 1958d, p. 166.

²³⁷ Winnicott, 1955c, p. 359.

²³⁸ Winnicott, 1958d, p. 166.

²³⁹ Winnicott, 1988, p. 156.

Além disso, há dois aspectos em sua teoria evidenciados como geradores, em potencial, de impulsos agressivos, como mecanismos de defesa, também nessa fase anterior ao *concern*. Primeiro, a compreensão de Winnicott de que existe no centro de cada pessoa um núcleo do verdadeiro self que precisa ser preservado, cuja invasão corresponde à pior das agressões: "Estupro, ser devorado por caribais, isso são bagatelas comparadas com a violação do núcleo do self"²⁴⁰. Segundo, o reconhecimento da situação básica de todo ser humano como alguém que foi, um dia, dependente e dominado por uma mulher, fato que, para Winnicott, deveria ser considerado para a compreensão da psicologia dos ditadores, como aqueles que lutam para controlar e dominar essa mulher pela qual temem inconscientemente ser dominados, "procurando controlá-la servindo-a, atuando para ela e, por seu turno, exigindo total sujeição e 'amor'"²⁴¹.

Essas propostas (impulso amoroso primitivo, interrupção na continuidade de ser, invasão do núcleo sagrado do self, medo de ser dominado pela mulher) dependem, por sua vez, que consideremos: 1) a introdução da questão do ser e da continuidade de ser²⁴² como princípios motores (ontológicos) do processo de desenvolvimento psicoafetivo do ser humano, reolocando o lugar dos instintos nesse processo²⁴³; 2) a radical imaturidade cognitiva e emocional do bebê, o que implica pensar sua relação de dependência ao ambiente nos estágios mais primitivos do seu desenvolvimento. Na continuidade do processo de amadurecimento, com a conquista da integração, que torna possível a entrada do indivíduo na fase do concernimento (ou posição depressiva), teríamos, sobrepondo-se a essas dinâmicas iniciais, outra série de determinações relacionais que incluiriam agressividade, em especial tudo o que diz respeito às frustrações e às ambiguidades, que surgem na administração da instintualidade nas relações interpessoais. No entanto, uma vez já dispensado o recurso

²⁴⁰ Winnicott, 1965j, p. 170.

²⁴¹ Winnicott, 1964g, p. 11.

²⁴² Winnicott, 1988, p. 148. Diz, ainda Winnicott, para caracterizar a noção de ser: "Gostaria de postular um estado de ser que é um fato no bebê normal, antes do nascimento e logo depois. Esse estado de ser pertence ao bebê, e não ao observador. A continuidade do ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode seguir existindo. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos "sendo". Se, por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor do que aquela em seu interior, a bolha passará a reagir à intrusão. Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. Em termos do animal humano, isto significa uma interrupção no ser, e o lugar do ser é substituído pela reação à intrusão. Cessada a intrusão, a reação também desaparece e pode haver, então, um retorno ao ser" (1988, p. 148).

²⁴³ Winnicott afirma, em diversos lugares, que a questão do ser é anterior à questão dos instintos e da administração dos instintos (1958d, p. 164; 1958n, p. 403; 1965m, p. 129; 1970b, p. 196).

ao instinto de morte, ao levar em consideração o início do processo de amadurecimento, não haveria sentido reintroduzi-lo.

Caberia, ainda, para compreender o quadro geral a partir do qual, por vezes, o conceito de pulsão de morte é considerado justificável, entender a agressividade quando associada a grandes catástrofes de destruição em massa ou fenômenos afins, tais como o massacre dos judeus da Europa nos campos de extermínio nazistas e todos os tipos de genocídio, os campos de "reeducação" soviéticos, os estragos causados pela bomba atômica, o destino dos opositores ao regime de Pol Pot no Camboja etc. A referência a acontecimentos desse tipo são apresentados tanto por Green (2002, 2010) quanto por Kernberg (2009) como índices empíricos da utilidade de se considerar o Instinto de Morte. No entanto, de acordo com Winnicott, essa agressividade encontrada na vida social não adviria de um impulso destrutivo inato que caracterizaria a espécie humana, mas da repressão da agressividade pessoal nos indivíduos²⁴⁴. Essa agressividade seria derivada das relações de invasão ou não invasão do *núcleo do self* pelo ambiente, da suficiente ou inadequada experiência de relação de dependência da mulher (da mãe-ambiente), bem como, num momento mais tardio do processo de desenvolvimento, das reações às frustrações e das ambiguidades vividas nas relações interpessoais.

Aprofundar essa perspectiva de análise nos levaria à questão da origem da lei moral em nós, associada tanto à experiência de cuidar e ser cuidado quanto à vivência do complexo de Édipo e à relação com o pai, retomando tanto as dinâmicas e conflitos que envolvem a posição depressiva quanto à constituição do superego. Trata-se de campo de trabalho e pesquisa que ultrapassa o âmbito de análise deste artigo, entretanto, a perspectiva aqui traçada aponta para a necessidade de procurar esse entendimento, sempre nos referindo às efetivas relações inter-humanas que determinariam esses fenômenos, sem recorrer à hereditariedade ou algum tipo de definição especulativa.

Introdução ao diálogo crítico entre as posições de Winnicott e as de Klein sobre o instinto de morte

Antes de prosseguir, é preciso retomar as críticas que Winnicott fez em relação à posição de Melanie Klein no que se refere ao Instinto de Morte, objetivando estabelecer o contexto e o sentido das suas concepções. Na obra de Klein, o conceito de Instinto de Morte está associado à constituição e à presença originária do superego, da agressividade, da inveja, das organizações psicopatológicas mais graves (psicoses, perversões), do próprio sofrimento e dos impulsos autodestrutivos, da hostili-

²⁴⁴ Winnicott, 1958b, p. 288.

dade materna internalizada, da tendência à integração e à desintegração etc.²⁴⁵ Para circunscrever o foco de estudo deste artigo – reconhecendo que meus comentários apenas iniciam uma discussão mais ampla a ser desenvolvida –, delimitarei minha análise apenas aos pontos em que Winnicott critica diretamente a posição de Klein no que se refere ao uso do conceito de morte.

Em 1968, no seu artigo “Raízes da agressão”, Winnicott ressalta que as noções de Instinto de Morte e de Inveja Inata são um verdadeiro *pesadelo* para a psicanálise, em relação às quais é necessário realmente verificar se não ficaríamos melhor sem elas²⁴⁶. Para ele, tanto Freud quanto Klein fracassaram nas suas tentativas de explicar de que maneira os impulsos amorosos e destrutivos estão presentes desde os momentos mais precoces do desenvolvimento, refugiando-se na hereditariedade²⁴⁷. Winnicott chega mesmo a considerar que esse conceito poderia ser descrito como uma versão atualizada do pecado original²⁴⁸.

Podemos considerar que Melanie Klein aprofundou a segunda tópica freudiana, seguindo uma sugestão do próprio Freud, tomando os instintos de vida e de morte como sinônimos das relações de amor (ternura) e de ódio (agressão)²⁴⁹; para Klein, *os instintos são relações*, afirmam Greenberg & Mitchel²⁵⁰. Nesse sentido, poderíamos afirmar que Melanie Klein foi mais realista que o próprio Freud, construindo a sua concepção do processo de desenvolvimento na conjunção dessa sua visão realista dos instintos somada à sua convicção de que o bebê poderia estabelecer relações de objeto desde o início pós-natal:

O uso que faço do termo “relação de objeto” baseia-se na minha asserção de que o bebê, desde o início da vida pós-natal, tem com a mãe uma relação (se bem que centrada primariamente em seu seio) imbuída dos elementos fundamentais de uma relação objetal, isto é, amor, ódio, fantasias, ansiedades e defesas²⁵¹.

²⁴⁵ Cf. em Spillius, Milton, Garvey, Couve, & Steiner, 2011, uma síntese atual da posição do conceito de instinto de morte no pensamento kleiniano.

²⁴⁶ Winnicott, 1989xh, p. 458-459.

²⁴⁷ Winnicott, 1971g, p. 70.

²⁴⁸ Winnicott, 1971g, p. 70.

²⁴⁹ Freud, 1920g, SE 18, p. 53.

²⁵⁰ Greenberg & Mitchell, 1983, p. 107.

²⁵¹ Klein, 1952, p. 72.

Segundo ela, o instinto de morte, dirigido para dentro, gera a ansiedade primordial, a ansiedade de aniquilamento²⁵², e sua deflexão, para fora, corresponde a um dos fundamentos da origem da agressividade e da destrutividade dirigida para os objetos²⁵³.

Hanna Segal (1933), ao analisar os aspectos clínicos associados ao conceito de Instinto de Morte na perspectiva kleiniana, considera que a destrutividade não seria apenas a deflexão do Instinto de Morte, mas o resultado do conflito entre o amor e o ódio, que marca as relações objetais. A maneira como Segal analisa a gênese da destrutividade une as determinações advindas de uma pressão instintual com as efetivas relações de objeto, mas deixa, a meu ver, ainda em aberto, tanto a pergunta sobre a necessidade ou não de considerarmos a existência de um impulso destrutivo inato (mesmo que este só se atualize nas efetivas relações de amor e ódio), quanto a pergunta sobre a pertinência ou não da hipótese da possibilidade de o bebê estabelecer relações de objeto desde o início, tal como supôs Klein.

A objeção crítica de Winnicott, dentre outros analistas²⁵⁴, a essa compreensão das relações iniciais do bebê com o mundo, é que o bebê não teria maturidade cognitiva e emocional para relacionar-se reconhecendo objetos externos (e suas qualidades). De acordo com Winnicott, o bebê é extremamente imaturo para ter experiências que possam ser vividas como ações ou intenções agressivas ou invejosas, dado que nem mesmo o reconhecimento de si diferenciado dos objetos (mesmo em termos de objetos parciais) seria possível:

Na situação de alimentação havia, no início, uma atividade vigorosa da gengiva, um tipo de atividade que pode facilmente resultar em rachaduras no mamilo; alguns bebês realmente aderem ao seio com as gengivas e o machucam bastante. Não se pode afirmar que estejam tentando ferir, porque o bebê ainda não está suficientemente desenvolvido para que a agressividade já possa significar alguma coisa²⁵⁵.

Além disso, retomando sua avaliação sobre a importância da obra de Klein para o desenvolvimento da psicanálise, ele julga a maior parte das

²⁵² Klein, 1946, p. 23-24.

²⁵³ Klein, 1957, p. 222.

²⁵⁴ Fonagy, por exemplo, comenta: "não existem evidências que apoiem a afirmativa implícita de Klein de que o bebê se relaciona com o objeto como uma entidade psicológica. Melanie Klein constantemente atribuía consciência das mentes ao bebê, o que hoje sabemos ser improvável até, pelo menos, o segundo ano de idade (Baron-Cohen, Tager-Flusberg, & Cohen, 2000)" (Fonagy, 2007, p. 148). Cf. também os comentários Greenberg & Mitchell, avaliando as críticas feitas às propostas de Klein (1983, p. 106-110).

²⁵⁵ Winnicott, 1969b, p. 25-26.

suas contribuições como extremamente positiva – dentre elas, todos os aspectos da técnica do brincar para o tratamento de crianças de dois anos e meio de idade e todas as idades posteriores, a importância da projeção e da introjeção como mecanismos mentais associados às experiências corporais de incorporação e excreção e, aspecto importante para o tema deste artigo, a “ênfase na importância dos elementos destrutivos nas relações objetais, isto é, à parte de raiva por frustração”²⁵⁶, bem como a sua descrição da posição depressiva (para ele, uma descoberta que parecia com a descoberta freudiana do complexo de Édipo). Entretanto, ele enfatiza o seu desacordo e sua dúvida quanto às suas especulações, avaliando como duvidosas a sua manutenção da teoria do instinto de vida e de morte e a sua tentativa de considerar a destrutividade do lactente em termos de hereditariedade e de inveja²⁵⁷. A questão que dever ser ressaltada é a diferença que há entre a opção de Klein e a de Winnicott para explicar os elementos destrutivos nas relações objetais *não gerados por frustração* e anteriores à fase do *concern*.

Segundo Klein, a *inveja*, presente desde o início nas relações objetais, é constitucional²⁵⁸. Ao considerá-la como uma deflexão do Instinto de Morte, apresentou uma explicação que justificaria, via efetivas relações de objeto, o porquê até mesmo um objeto bom ser invejado pelo bebê, uma explicação que, mesmo no quadro do seu sistema teórico, poderia prescindir da suposição de uma inveja constitucional (pressupondo, no entanto, que o bebê teria maturidade cognitiva e afetiva para realizar essas operações psíquicas): “Um elemento de frustração por parte do seio está fadado a entrar na relação mais inicial do bebê com o seio, porque até mesmo uma situação feliz de amamentação não pode substituir completamente a unidade pré-natal com a mãe”²⁵⁹.

Na sua resenha de *Inveja e gratidão*, Winnicott diz que o sentimento de inveja é algo extremamente sofisticado em termos cognitivos (implcando reconhecimento e distinção de qualidades presentes em si e nos objetos), não sendo possível no início da vida do bebê devido à sua imaturidade. Para ele, somente uma situação específica poderia resultar no sentimento de inveja, considerando-a, então, uma reação a um tipo de falha ambiental:

A inveja em um bebê só pode fazer parte de um estado de coisas muito complexo, no qual há uma representação aterradora do objeto [...] “Aterradora” aqui significa que a mãe adapta-se apenas o suficiente

²⁵⁶ Winnicott, 1965va, p. 162.

²⁵⁷ Winnicott, 1965va, p. 162.

²⁵⁸ Klein, 1957, p. 207.

²⁵⁹ Klein, 1957, p. 210.

para que o elemento criativo do bebê seja atendido e este comece a perceber que existe algo de bom externo ao self, mas, contudo, não mantido, de maneira que, até certo ponto, o bebê sente-se privado²⁶⁰.

A inveja, segundo ele, advém de um tipo de falha ambiental e não da deflecção do Instinto de Morte, nem como efeito da percepção de um nirvana perdido etc.

Elizabeth Spillius (1993) mostra como diversos psicanalistas, desde que Freud havia se referido à *inveja do pênis*, ocuparam-se da questão da *inveja como um fenômeno* em suas diversas formas de apresentação, *enquanto fatos empiricamente observáveis*: a inveja em relação ao líder idealizado²⁶¹, a inveja no ataque ao trabalho do analista²⁶², a inveja como derivada do instinto oral²⁶³, a inveja em relação ao casal parental manifesta na forma de ciúmes doentio²⁶⁴, a inveja presente na reação terapêutica negativa²⁶⁵. No entanto, Spillius enfatiza a magnitude da compreensão de Klein sobre a inveja, colocando-a como elemento central do pensamento psicanalítico, ao compreendê-la como uma manifestação da pulsão de morte. Spillius considera que, para Klein, a inveja, enquanto fenômeno, não pode ter sua gênese reduzida à herança biológica, constitucional, mas que ela também deriva das condições externas: "a experiência e expressão da inveja, do amor e do ódio, em geral, ocorre e se desenvolve na relação com objetos, de maneira que não é possível encontrar o componente constitucional então modificado pela experiência"²⁶⁶.

A questão que se coloca é a de saber por que a necessidade de supor uma origem constitucional para a inveja, e por que não seriam suficientes as compreensões sobre as relações e interações inter-humanas próprias ao campo da psicologia. Aqui, também, a discussão sobre a maturidade ou imaturidade inicial do bebê para estabelecer relações de objeto é fundamental para a compreensão do que pode advir ou não dos relacionamentos inter-humanos em termos dos impulsos amorosos e primitivos, sem recurso às determinações biológicas e só contando com as determinações relacionais. Talvez não haja provas, argumentos ou fatos que nos façam decidir sobre uma ou outra alternativa, mas tão somente optemos por uma ou outra perspectiva em função do seu valor heurístico, do seu valor operativo para a prática clínica.

²⁶⁰ Winnicott, 1959b, p. 340.

²⁶¹ Freud, 1921c.

²⁶² Abraham, 1919.

²⁶³ Eisler, 1922.

²⁶⁴ Rivière, 1932.

²⁶⁵ Horney, 1936.

²⁶⁶ Spillius, 1993, pp. 1200-1201.

A maneira como Winnicott compreende a agressão e a inveja não nega a presença desses fenômenos nas suas mais diversas acepções, mas, rejeitando a hereditariedade e reconhecendo e descrevendo o modo imaturo como o bebê se relaciona com o mundo (relacionamento do tipo subjetivo, transicional e, depois, com o seu amadurecimento, com objetos reconhecidos como externos), ele sempre creditará a gênese desses fenômenos à história psicoafetiva do indivíduo, antes e depois da fase do *concern*. Certamente a posição de Winnicott pode ser criticada, tal como comenta, por exemplo, Peter Fonagy, afirmando que ele exagerou nas influências ambientais sobre o desenvolvimento normal e patológico, desprezando as influências genéticas que as pesquisas atuais teriam colocado em evidência²⁶⁷. No entanto, não se trata aqui de discutir todas as consequências que a posição de Winnicott pode gerar e exigir, mas de estabelecer com clareza qual é a sua posição e quais são as alternativas propostas por ele, com vistas à avaliação crítica e heurística destas.

A destrutividade na fase do uso do objeto e o instinto de morte

Jan Abram (2008b) considera que a compreensão de Winnicott sobre a fase do uso do objeto é mais útil do que a teoria freudiana do *instinto de morte* para entender a agressividade²⁶⁸. Abram defende a tese de que o estágio do uso do objeto implica uma destrutividade que, quando o objeto não sobrevive, se confirma enquanto impulso destrutivo²⁶⁹. Pretendo mostrar aqui que a compreensão da destrutividade na fase do uso do objeto não significa um impulso dirigido à destruição do objeto, ele mesmo, mesmo nos casos em que o objeto acaba por não sobreviver.

No seu artigo "O Uso de um Objeto no contexto de *Moisés e o Mono-teísmo*" (1989xa), Winnicott comenta que o objeto é destruído na fantasia inconsciente. Em primeiro lugar, antes que a realidade externa possa ser objetivamente reconhecida como externa, o indivíduo tem relacionamentos com objetos que são subjetivos ou transicionais, ou seja, os objetos são vividos como criações suas (ainda que fornecidos pelo ambiente) e/ou vividos como criados/encontrados. Winnicott diferencia o relacionar-se que ocorre com objetos subjetivos, num estágio anterior ao do uso do objeto, e o relacionar-se que ocorrerá depois desse estágio, quando o relacionamento se dá com objetos objetivamente percebidos como externos. Nesse artigo, ele se ocupa de uma fase relacionada aos modos de relação

²⁶⁷ Fonagy, 2005, p. 148; Rutter, Silberg, & O'Connor, 1999a, 1999b.

²⁶⁸ Abram, 2008b, p. 167.

²⁶⁹ Abram, 2008b, pp. 167-168.

com objetos subjetivos e com objetos transicionais e, na continuidade do amadurecimento, ao modo de relação denominado *uso do objeto*, anterior, portanto, à fase do relacionamento com objetos externos.

O relacionar-se com objetos caracterizáveis como subjetivos corresponde a um modo de relação no qual o ambiente se amalgama à criança, adaptando-se a ela em suas necessidades, gerando tanto o sentimento de ser quanto a ilusão de que os objetos nascem e desaparecem como fruto de suas necessidades. Com a continuidade do processo de amadurecimento, surgirá um novo modo de relacionar-se com a realidade, que Winnicott descreveu e caracterizou como o dos objetos e fenômenos transicionais: o objeto não está nem no mundo interno nem no externo, une e separa um e outro mundo, une e separa o self do mundo externo, é criado e encontrado ao mesmo tempo²⁷⁰. Ao referir-se à fase do uso do objeto, considero que são estes objetos (subjetivos e transicionais) que são, então, *usados*, no sentido específico que ele dá a esse termo.

Após o relacionar-se com objetos, no sentido anteriormente descrito, teríamos o uso dos objetos, estágio no qual Winnicott afirma que o objeto é, então, destruído: "A mudança (do relacionar-se para o uso) significa que o sujeito destrói o objeto"²⁷¹. Entendo que são destruídos, nesse momento, os aspectos subjetivos do objeto, transformando-o num objeto percebido, então, como *externo*, desde que o objeto, ele mesmo (em sua extensão corpórea e em suas outras qualidades), sobreviva a esse uso, ou seja, que ele continue presente para receber a comunicação e o gesto da criança em direção a ele. Winnicott descreve a passagem do objeto criado para o objeto agora amado, enquanto objeto externo:

O sujeito diz ao objeto "Destrui você" e o objeto acha-se lá para receber a comunicação. A partir daí, o sujeito diz: "Alô, objeto!" "Destrui você". "Amo você" "Você tem valor para mim por sobreviver à minha destruição de você". "Enquanto estou amando você, estou todo o tempo destruindo você na *fantasia* (inconsciente)"²⁷².

O *uso do objeto* cria a realidade externa, por assim dizer. Esse objeto, agora percebido como externo, tem propriedades próprias valorizadas e desejadas pelo indivíduo²⁷³, desde que o uso não tenha causado, como uma reação inadequada do ambiente, o seu desaparecimento (ou destruição). Assim, a não sobrevivência do objeto diz respeito a falhas do am-

²⁷⁰ Winnicott, 1953c.

²⁷¹ Winnicott, 1969l, p. 174.

²⁷² Winnicott, 1969l, p. 174.

²⁷³ Com o objeto agora passível de ser percebido como externo, tem início tanto a capacidade de fantasiar em relação a esse objeto quanto à possibilidade de fazer projeções do mundo interno em direção a ele (Winnicott, 1969l, p. 174).

biente no uso que o indivíduo faz do objeto. Como regra geral, dir-se-ia que, quando há falha nessa fase, o objeto não permanece lá para receber a comunicação do indivíduo em relação a ele.

Não é o objeto, ele mesmo, em sua totalidade, que é destruído, mas sim a sua natureza de ser um objeto puramente subjetivo ou transicional: não se trata de um ataque ao objeto, mas sim de torná-lo real, a sua *realização*, em sua maneira de ser percebido, amado e/ou odiado. O objeto usado é, assim, recriado, manipulado, e mesmo assim não perde suas qualidades para estar presente como algo diferente daquilo que se cria, podendo, então, receber o investimento afetivo do indivíduo. Não é o mesmo tipo de destrutividade que caracteriza a Instinto de Morte, pois a destrutividade que caracteriza o uso do objeto não visa a diminuir nenhuma tensão, nenhuma excitação; como também não é nenhuma reação a algum tipo de frustração. O uso do objeto não tem intenção destrutiva ou agressiva em si mesma, mas é a expressão da criatividade originária, da vivacidade (motricidade) que, agindo como parte constituinte do viver espontâneo, acaba por agir sobre o objeto. Trata-se de uma atividade sem raiva, sem intenção de destruir.

Alternativa para a compreensão da compulsão à repetição

Winnicott nunca se dedicou diretamente ao tema da compulsão à repetição, mas reconhece e refere-se ao fato da repetição enquanto um fenômeno clínico em diversos momentos de sua obra²⁷⁴. Defende-se aqui que, para ele, tanto em termos teóricos como práticos, o problema clínico nomeável como uma "compulsão à repetição" é um impulso do indivíduo para retornar a uma situação na qual o self pode *agir* em relação à situação traumática e não *reagir* (passivo) a ela, situação que o aniquilou no passado na sua continuidade de ser.

Ele usa a expressão metapsicológica "compulsão à repetição"²⁷⁵ somente no seu diálogo com outros psicanalistas, e não propriamente quando está desenvolvendo suas próprias concepções. Num comentário ao livro de Fairbairn, ele se refere à "compulsão à repetição" como uma ne-

²⁷⁴ Cf., por ex., Winnicott, 1958e, p. 104; 1964b, p. 259; 1986a, p. 111.

²⁷⁵ Edward Bibring faz uma distinção entre a repetição enquanto um fenômeno clínico e a "compulsão à repetição" como uma expressão teórica: "Repetição é um termo descritivo que engloba vários tipos de comportamento repetitivo [...] O termo compulsão à repetição, embora às vezes erroneamente usado em um sentido descritivo, é uma concepção puramente exploratória" (Bibring, 1943, p. 513). Richard Simanke (a quem agradeço pela leitura deste artigo, dando sugestões importantes para sua elaboração) também me chamou a atenção para a necessidade de marcar essa diferenciação entre a repetição como um fenômeno clínico e a "compulsão à repetição" como uma formulação mais propriamente metapsicológica, em relação à qual Freud associou, como motor, o conceito especulativo de Instinto de Morte.

cessidade de um paciente retomar a situação penosa vivida no passado para integrá-la na sua *área de controle onipotente*²⁷⁶. A compreensão do que significa colocar um fenômeno dentro da área de controle do paciente pode ser esclarecida com base na descrição da situação inicial do bebê, quando este vive uma *ilusão de onipotência*.

No início do processo de amadurecimento não existe, do ponto de vista do bebê, uma realidade não self²⁷⁷. Este experiencia sua relação com o ambiente (quando este se adapta adequadamente) como se suas necessidades fossem atendidas, satisfeitas, como um derivado natural delas mesmas (do mesmo modo que do fogo vem o calor, das necessidades adviriam os objetos ou aquilo que as satisfaz); poder-se-ia dizer que, do ponto de vista do bebê, é ele mesmo quem satisfaz as suas necessidades. É por isso que Winnicott diz que o bebê vive, nesse momento, uma *ilusão de onipotência*, ou seja, o que ele encontra é, na verdade, uma criação dele (advém dele); noutros termos, o bebê cria o seio que encontra. Esse seio que ele encontra é o seio de que ele precisa, da sua necessidade, e não exatamente o seio objetivamente dado; o seio é real e subjetivo ao mesmo tempo (pois é uma construção do bebê, certamente sustentada pelo ambiente, mas permanece, para o bebê, como algo que adveio dele): "O bebê é o seio (ou objeto, ou mãe, etc.); o seio é o bebê"²⁷⁸. Com a adaptação adequada da mãe-ambiente, o objeto com o qual o bebê se relaciona é fruto dele mesmo, das suas necessidades, e é nesse sentido que o bebê, nesse período inicial e se tudo corre bem, tem a experiência de onipotência²⁷⁹.

Do ponto de vista do observador, vemos o ambiente levando objetos até o bebê, mas Winnicott considera que o bebê não sabe o que pode derivar de suas necessidades, nem quais são suas necessidades²⁸⁰. O mundo é oferecido ao bebê segundo o observador, mas, do ponto de vista do bebê, ele é criado, ainda que o bebê não saiba o que precisa criar: "Não se pode dizer que o bebê saiba, de saída, o que deve ser criado"²⁸¹.

Quando o ambiente faz a sua parte corretamente, o bebê encontra o que precisa. Poderíamos dizer que a mãe "suficientemente boa" oferece para o bebê, num tempo e espaço adequados para ele (dentro de uma zona de tolerância adequada àquele bebê), aquilo de que precisa para atender às suas necessidades, de modo que há uma sobreposição entre aquilo que a mãe pode oferecer e aquilo que a criança poderia conceber,

²⁷⁶ Winnicott, 1953I, p. 415.

²⁷⁷ Winnicott, 1988, Cap. IV e Cap. V.

²⁷⁸ Winnicott, 1972c, p. 150.

²⁷⁹ Winnicott, 1972c, p. 150.

²⁸⁰ Winnicott, 1988, p. 120.

²⁸¹ Winnicott, 1953c, p. 27.

caso tivesse maturidade cognitiva e emocional para isso²⁸². O bebê tem a experiência de que, de seu ser, de suas necessidades, de seus gestos (espontâneo, criativos) surgem os objetos de que necessita.

O ser-no-mundo do bebê, quando a adaptação ambiental é suficientemente boa, se dá como uma ação que advém dele mesmo e não como uma reação ao ambiente²⁸³. O ambiente fornece um tipo de sustentação que não "puxa" nem "empurra" o indivíduo, mas dá as condições para que uma ação espontânea (que caracteriza a autonomia do self) ocorra. A saúde corresponde a essa continuidade de ser por si mesmo, com uma sustentação do ambiente. Se o ambiente obrigar o indivíduo a reagir, isso significará uma interrupção na continuidade de ser: "A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila"²⁸⁴.

É esse ponto de partida básico, que reitera o ser e dá continuidade a ele, que deverá ser mantido ao longo do processo de amadurecimento, de modo que, na saúde – "A continuidade do ser significa saúde"²⁸⁵ –, o indivíduo pode manter a sua identidade pessoal²⁸⁶ sem sacrifício em demasia da sua espontaneidade pessoal²⁸⁷, sentindo que a vida que vive é a sua *própria vida* (não usurpada por um falso self, nem uma vida que seria apenas reativa ao mundo), que tem o verdadeiro self como preponderante no seu modo de ser no mundo²⁸⁸. Pode-se considerar que é justamente a perda desse lugar autônomo do self um dos aspectos do trauma que quebra a continuidade de ser.

A compreensão da postura de Winnicott, no que se refere à necessidade de retomar (*corrigir*) as experiências passadas ou imaginadas²⁸⁹, pode explicitar como ele concebe essa necessidade de uma maneira que difere da suposição metapsicológica de uma "compulsão à repetição" impulsionada por um Instinto de Morte. Afirmar que uma situação traumática aniquilou o ser também significa dizer que esses acontecimentos traumáticos não puderam ser integrados à área de controle do paciente. Quando, então, Winnicott salienta que o paciente precisa voltar à situação traumática com o objetivo de integrar aquela situação na sua área de controle, ele está caracterizando que a busca (repetição) da situação

²⁸² Winnicott, 1953c, p. 27.

²⁸³ Winnicott, 1960c, p. 47.

²⁸⁴ Winnicott, 1960c, p. 47.

²⁸⁵ Winnicott, 1988, p. 148.

²⁸⁶ Winnicott, 1968g, p. 188.

²⁸⁷ Winnicott, 1965r, p. 80.

²⁸⁸ Winnicott, 1971f, p. 10.

²⁸⁹ Cf. Winnicott, 1945h, p. 36.

traumática tem como objetivo devolver ao indivíduo a sua possibilidade de agir em relação a esses mesmos acontecimentos passados. Aqui, na minha opinião, Winnicott usa o protótipo da brincadeira do *Fort-Da* como base da sua compreensão da compulsão à repetição. Trata-se, pois, não tanto de procurar uma descarga, mas de procurar retomar uma situação na qual o self pode se reafirmar, se retomar como agente, seja no caso do conflito neurótico seja no caso dos problemas enfrentados pelo psicótico na sua luta para ser.

Ainda que essa explicação pareça fornecer a compreensão de um dos motores da repetição ou da compulsão à repetição, não me parece que ela possa esclarecer todos os aspectos desse fenômeno. Um deles, por exemplo, diz respeito à repetição quando associada aos processos de identificação com o agressor – tal como foi enunciado por Anna Freud (1937) e Sandor Ferenczi (1920 e 1930-33, 24/agosto/1930 e 2/abril/1931; 1933, pp. 130-131)²⁹⁰ –, mesmo que esse mecanismo de defesa também possa ser considerado uma tentativa do ego de “dominar” a situação da qual é vítima. Winnicott refere-se a esse tipo de fenômeno como um mecanismo que

²⁹⁰ Winnicott não estabelece um diálogo direto com Ferenczi, no que se refere ao conceito de Instinto de Morte ou em relação a outros pontos clínicos e teóricos da psicanálise, ainda que muitas das suas preocupações pareçam ser compartilhadas (cf. Borgogno, 2008; Borossa, 2007; Caldwell & Joyce, 2011; Kupermann, 2008, 2009; Martin-Cabré, 2005, 2008; Tonnesmann, 2002; 2007). Numa discussão nesse campo, em que suas posições fossem confrontadas, seria possível afirmar que tanto Winnicott quanto Ferenczi têm em mente muito mais a questão clínica da repetição do que o especulativo conceito de Instinto de Morte, levando ambos a destacarem os aspectos empíricos do comportamento destrutivo. A seguir enumero alguns exemplos disso: quando Ferenczi (1929) considera a dimensão autodestrutiva da pulsão de morte como um efeito do abandono enquanto falha do ambiente; quando, no seu *Diário Clínico* (1985), refere-se não tanto a uma pulsão de morte, mas muito mais a um “princípio de apaziguamento” primário (30/06/1932) e a uma “pulsão de repouso” ou uma “necessidade natural de compartilhar” o prazer cujo excesso é dirigido ao encontro do outro e não à sua destruição (13/08/1932); e, talvez, em *Thalassa* (1924), encontremos a especulação ferencziana mais próxima ao modo ficcional de pensar de Freud, que poderia aproximar o conceito de pulsão de morte com a especulação de Ferenczi sobre as origens – pode-se reconhecer uma similaridade entre este texto de Ferenczi e o texto de Freud não publicado, “*Vue d’ensemble des névroses de transfert*” (1915[1985]), texto que também pode ser creditado ao projeto conjunto desses autores de escreverem algo sobre Lamark (Freud & Abraham, carta de Freud a Abraham de 11-11-1917, p. 266) – em proximidade com a pulsão de morte; e, ainda, no reconhecimento de uma grande proximidade entre Ferenczi e Winnicott, no que se refere ao uso do analista (uso do objeto), em seu artigo “*Principe de relaxation et néocatharsis*” (1930), no qual, abordando a tese do ódio recalcado em relação ao analista, refere-se a uma paciente dizendo “Agora que o amo, posso renunciar a você” (Ferenczi, 1930, p. 96); frase que nos faz pensar ser próxima da questão desenvolvida por Winnicott da destruição do objeto em função do seu uso (como abordo num dos itens deste artigo). No entanto, ainda que essa discussão seja necessária para o aprofundamento desse tema, não faz parte do objetivo deste artigo analisar os paralelos, continuidades e rupturas entre Ferenczi e Winnicott, mesmo no que se refere a esse ponto específico como cada um deles abordou o tema do Instinto de Morte. Ao focar meu artigo nos comentários e diálogos encontrados no texto de Winnicott, acabo também por delimitar a questão a essas referências explícitas.

visa ao "controle onipotente dos fenômenos internos como um mecanismo de controle"²⁹¹, no mesmo sentido em que analisamos anteriormente a questão da compulsão à repetição como visando a incluir a situação traumática no campo do controle onipotente do paciente. No entanto, creio que a essa dinâmica de identificação com o agressor (como tentativa de inclusão da situação traumática no campo de controle do indivíduo) também deve ser considerada em termos dos processos identificatórios e projetivos, que talvez não estejam em relação direta com a aniquilação do self, mas com a constituição de sua identidade²⁹².

Ao falar sobre alguns pacientes que tiveram falhas ambientais em momentos em que não tinham condições (de amadurecimento) para lidar com elas sem serem aniquilados, Winnicott considera que o que foi vivido não pode ser experienciado, pois o ego seria "imatur o demais para reunir todos os fenômenos dentro da área da onipotência pessoal"²⁹³. Nessas condições, o que foi vivido fica, por assim dizer, "guardado" ou "congelado", à espera de melhores condições ambientais e pessoais para ser, de fato, experienciado e, então, integrado à personalidade. Para fornecer um conteúdo mais intuitivo a tal fato, Winnicott faz uma analogia com o que ocorre com o bulbo e a flor à qual dará origem: não há um lugar no bulbo para o perfume, só o seu desenvolvimento poderá fazer surgir esse perfume²⁹⁴, da mesma maneira que só o desenvolvimento de uma determinada experiência poderá fornecer ao paciente a possibilidade de integrar um passado (não experienciado) no campo de sua área de controle (ou seja, área em que pode agir por si mesmo sem ser aniquilado). O descongelamento da situação da falha ambiental, que torna possível a vivência e a apreensão dessa experiência traumática do passado, corresponde ao descongelamento das defesas e ao retorno a uma fase anterior à da falha, para que o amadurecimento (integração) possa ser retomado.

Winnicott distingue dois aspectos da regressão clínica necessários para que o processo de cura possa ocorrer em um tratamento psicanalítico: por um lado, a regressão diz respeito ao retorno a uma situação de dependência, atualizada com o analista; por outro, à necessidade de retomar o momento anterior ao trauma, ao qual as defesas foram erguidas²⁹⁵.

²⁹¹ Winnicott, 1958b, p. 294.

²⁹² Poderíamos perguntar se esse tipo de identificação aniquila ou não o self verdadeiro, mas isso, aqui, apenas aponta para um campo de pesquisa e de análise a ser desenvolvido, mostrando uma dúvida quanto à alternativa apresentada por Winnicott, mas também um tema a ser analisado com mais cuidado.

²⁹³ Winnicott, 1974, p. 73.

²⁹⁴ Winnicott, 1989vi, p. 127.

²⁹⁵ Winnicott, 1958f, p. 276.

Tudo isto pode ser muito claramente demonstrado no tratamento analítico, desde que sejamos capazes de seguir o paciente para trás no desenvolvimento emocional tanto quanto ele precisa ir, pela regressão à dependência, a fim de alcançar o momento anterior àquele em que as intrusões tornaram-se múltiplas e impossíveis de controlar.²⁹⁶

O objetivo dessa regressão é evitar o aniquilamento sofrido, restabelecer o self para que ele possa agir por si mesmo; um objetivo que o paciente pode procurar ao retornar às situações traumáticas, retornar à experiência passada em que ele foi aniquilado, na tentativa de *corrigir* a experiência passada, o que explicaria a compulsão à repetição como uma tentativa de recuperar a si mesmo no mesmo ponto em que ele se perdeu.

A compreensão da compulsão à repetição, sem que seja necessário o conceito de Instinto de Morte, já foi abordada e desenvolvida por outros autores na história da psicanálise. Uma alternativa nessa direção, já comentada por Laplanche & Pontalis²⁹⁷, é a de Edward Bibring (1943), para quem a compulsão à repetição visa a estabelecer uma situação anterior à situação traumática, na realização de uma tendência restitutiva do ego. Entretanto, ele mantém, ao lado dessa tendência restitutiva (considerada como uma função do ego), uma tendência repetitiva que caracterizaria propriamente o Id²⁹⁸.

Diferentemente de Bibring, Winnicott não considera que os impulsos instintuais (impulsos do Id) teriam alguma tendência (e menos ainda uma compulsão) para a repetição. Enquanto Bibring ainda pensa essa tendência restitutiva do ego como uma maneira de este controlar suas tensões – isto é, Bibring ainda se refere ao psiquismo no quadro da metapsicologia freudiana (um aparelho psíquico, movido por forças e energias, que tem como objetivo a busca do equilíbrio energético mínimo) – Winnicott, afastando-se dessa metapsicologia freudiana²⁹⁹, procura pensar a repetição (em especial, a repetição na direção da revivência da situação traumática) como uma tentativa de restituir o ego (usando o termo utilizado por Bibring) para que este possa agir por si mesmo. Numa linguagem mais de acordo com Winnicott, poderíamos dizer que o indivíduo buscaria retomar a sua continuidade de ser, retomar seu self para, com base nele, agora de forma ativa, lidar com os acontecimentos de sua vida sem ser aniquilado por eles.

²⁹⁶ Winnicott, 1958f, p. 276.

²⁹⁷ Laplanche & Pontalis, 1973, p. 80.

²⁹⁸ Cf. Bibring, 1943, pp. 500-501.

²⁹⁹ Cf. Fulgencio, 2005, 2007, 2015b; Glrard, 2010.

Desenvolvimentos a serem feitos a partir das contribuições de Winnicott

A compreensão de Winnicott (sobre a origem da *agressividade*, da *inveja* e de sentimentos e comportamentos afins a estes, bem como da *compulsão à repetição*), enfatizada na questão da sustentação ambiental, corre o risco de tomar esses fenômenos como se fossem apenas reações às falhas ambientais e não características que constituem a própria natureza humana.³⁰⁰ Poder-se-ia considerar esta uma má compreensão de Winnicott, uma vez que ele jamais teria idealizado o ser humano, dado que reconhece a presença e a necessidade de integração dos impulsos amorosos e destrutivos desde o início do processo de amadurecimento, ainda que não aceite que estes sejam, com mais ou menos importância, fruto hereditário. Entretanto, também caberia perguntar se o conjunto de fenômenos destrutivos (individuais e sociais), especialmente os de larga escala, poderia ser explicado como expressão de falhas ambientais no início do processo de amadurecimento, como derivado patológico do impulso amoroso primitivo, da invasão do núcleo do self e do medo de ser dominado pela mulher.

Estas questões não foram postas por Winnicott, tampouco os estudiosos da sua obra encontraram respostas para elas. O mesmo tipo de comentário poderia ser feito sobre os fenômenos caracterizáveis como impulsionados por uma “compulsão à repetição”, mas que não seriam redutíveis à busca de um lugar de *ação* para o self verdadeiro, tais como: o sentimento de culpa inconsciente, os processos identificatórios e projetivos em relação ao agressor, a recusa da perda da ilusão de onipotência, a negação da situação de dependência em seus mais variados graus, a luta contra a “castração” como algo inaceitável etc.

Nessa direção, somos, então, levados a pensar que, para Winnicott, os modos de ser do ser humano são fruto efetivo da sua história psicoafetiva; nas suas relações com os seus ambientes, numa perspectiva que parece poder agrupar um grande número de psicanalistas, talvez na direção também indicada por Kernberg (2009), considerando que são os afetos os reais motores dos modos de ser e agir no mundo – sem que seja necessário supor especulativas determinações creditadas ou não à biologia –, e que a agressividade e a compulsão à repetição são geradas não só em função das relações de objeto marcadas pela administração da vida instintual nas relações interpessoais, mas também na consideração da questão do ser, da continuidade de ser, da preservação do self e das relações deste com o ambiente.

³⁰⁰ Em termos da relação do paciente com o analista, isso poderia levar a uma compreensão idealizada da figura do analista, do *setting* e da ideia de cura ou objetivo do tratamento analítico, como devendo ser uma mãe suficientemente boa levando o indivíduo a um estado “suficientemente bom”, isento de destrutividade e de compulsões à repetição

Ao creditar às relações inter-humanas a gênese da própria natureza humana, aprofundando essa perspectiva heurística de trabalho clínico e teórico, não rejeitamos, mas sim afastamos a biologia de nosso campo de ação clínica, intensificando o valor, a importância e a busca da operacionalização das relações afetivas, as relações transferenciais, como fundamento e motor da nossa possibilidade de trabalho clínico. Talvez seja nesse sentido, que mantém a psicanálise no campo do tratamento por meios psíquicos, que Freud afirmou, na sua correspondência com Jung, rejeitando subordinar o material psicológico a pontos de vista biológicos: "esta dependência [do material psicológico ao biológico] deve ser rejeitada tanto quanto a dependência filosófica, fisiológica ou da anatomia do cérebro. *ΨA farà per sè*"³⁰¹.

³⁰¹ Freud & Jung, 1992, p. 589, carta de 30 de novembro de 1911.

Para que o leitor possa ter um acesso direto a algumas passagens importantes da obra de Winnicott, tendo contato com a tonalidade de seu texto e suas proposições, agrupei uma série de citações percorrendo aspectos importantes do seu modo de pensar. Agrupei os trechos selecionados nas seguintes categorias temáticas:

- Continuidades e rupturas.
- Fundamentos.
- Psicopatologia.
- Concepções clínico-teóricas.

Continuidades e rupturas

O leitor deve saber que sou um fruto da escola psicanalítica, ou freudiana. Isso não significa que eu tome como correto tudo o que Freud disse ou escreveu; isso seria em todo caso absurdo, visto que Freud continuou desenvolvendo suas teorias – isto é, modificando-as (de modo ordenado, como qualquer cientista) – até o momento de sua morte, em 1939³⁰².

[...] nunca fui capaz de seguir quem quer que fosse, nem mesmo Freud³⁰³.

³⁰² Winnicott, 1965t, p. 29.

³⁰³ Winnicott, 1965va, p. 161.

[...] se houver algo que eu faça que *não seja* freudiano, gostaria de sabê-lo. Não me importo que não seja³⁰⁴.

Ao usar a expressão "complexo de Édipo", Freud rendeu tributo à compreensão intuitiva da infância, que é independente da Psicanálise. O mito de Édipo prova, realmente, que o que Freud queria descrever fora sempre conhecido.

Um desenvolvimento tremendo da teoria teve lugar em torno do núcleo do complexo de Édipo, e muitas das críticas da ideia teriam sido justificadas se a teoria tivesse sido equacionada como a compreensão intuitiva de um artista em relação ao conjunto da sexualidade infantil ou da Psicologia. Mas o conceito foi um degrau numa escala de procedimento científico. Como um conceito, teve o grande mérito de lidar com o físico e com o imaginativo. Aí estava uma Psicologia em que o corpo e a mente eram apenas dois aspectos de uma pessoa, essencialmente relacionados e que não podiam ser separadamente examinados sem perda de valor.

Se o fato central do complexo de Édipo for aceito, é imediatamente possível e desejável examinar os aspectos em que o conceito é inadequado ou impreciso como diretriz para a Psicologia Infantil³⁰⁵.

Esta [a posição depressiva] é a contribuição mais importante de Klein, na minha opinião, e acho que se iguala ao conceito de Freud sobre o complexo de Édipo³⁰⁶.

[...] a psicanálise, baseada firmemente em Freud, não pode desperdiçar as contribuições de Klein [...] ³⁰⁷.

[...] em nenhum campo cultural é possível ser original, exceto numa base de tradição³⁰⁸.

Nunca fiquei satisfeito com o emprego da palavra "narcisismo" em conexão com isto, porque todo o conceito do narcisismo deixa de fora as tremendas diferenças que resultam da atitude e do comportamento geral

³⁰⁴ Winnicott, 1989f, p. 437.

³⁰⁵ Winnicott, 1947a, p. 168

³⁰⁶ Winnicott, 1965va, p. 160.

³⁰⁷ Winnicott, 1965va, p. 162.

³⁰⁸ Winnicott, 1967b, p. 138.

da mãe. Sobrou-me, desta maneira, uma tentativa de enunciar de forma extrema o contraste entre o ser e o fazer³⁰⁹.

Lamento que [Freud] tenha introduzido aqui a pulsão de morte, porque ele confunde tudo e, do meu ponto de vista, é um conceito que Freud introduziu porque não tinha qualquer noção a respeito do impulso primitivo do amor. Numa discussão não teria a menor utilidade introduzir a expressão pulsão de morte, a menos que se volte diretamente a Freud e se fale da tendência dos tecidos orgânicos de retornar ao estado inorgânico, o que, no que diz respeito à psicologia, não significa absolutamente nada, exceto uma afirmação do óbvio. Provavelmente não é verdade, nem mesmo na sua forma mais crua e simples³¹⁰.

[...] por ser um pediatra com talento para conseguir que as mães contassem sobre seus filhos e sobre a história precoce dos distúrbios de suas crianças, fiquei logo em posição de ficar impressionado tanto pelo *insight* que a psicanálise dava das vidas das crianças como por uma certa deficiência na teoria psicanalítica que descreverei oportunamente. Ao mesmo tempo, nos anos 1920, tudo tinha o complexo de Édipo em seu âmago. A análise das neuroses conduzia o analista repetitivamente às ansiedades pertencentes à vida instintiva do período dos 4 a 5 anos do relacionamento da criança com seus pais. Dificuldades anteriores que vinham à tona e eram tratadas em análise como regressão a pontos de fixação pré-genitais, mas a dinâmica vinha do complexo de Édipo e início do período de latência. Então, inumeráveis histórias clínicas me mostravam que crianças que se tornaram doentes, seja neuróticos, psicóticos, psicossomáticos ou antissociais, revelavam dificuldades no seu desenvolvimento emocional na infância, mesmo com bebês. Crianças hipersensíveis paranoides podiam até ter começado a ficar assim nas primeiras semanas ou mesmo dias de vida. Algo estava errado em algum lugar. Quando vim a tratar crianças pela psicanálise pude confirmar a origem das neuroses no complexo de Édipo, mas mesmo assim sabia que as dificuldades começavam antes³¹¹.

Estou tentando descobrir por que é que tenho uma suspeita tão profunda para com esses termos. Será que é por que eles podem fornecer uma aparência de compreensão onde tal compreensão não existe? Ou

³⁰⁹ Winnicott 1972c, p. 149.

³¹⁰ Winnicott, 1987b, p. 40.

³¹¹ Winnicott, 1965va, p. 157.

será que é por causa de algo dentro de mim? Pode ser, é claro, que sejam as duas coisas³¹².

Fundamentos

Gostaria de postular um estado de ser que é um fato no bebê normal, antes do nascimento e logo depois. Esse estado de ser pertence ao bebê, e não ao observador. A continuidade de ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode seguir existindo. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos "sendo". Se por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor do que aquela em seu interior, a bolha passará a reagir à intrusão. Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. Em termos do animal humano, isto significa uma interrupção no ser, e o lugar do ser é substituído pela reação à intrusão³¹³.

Finalmente, gostaria de enfocar a vida que uma pessoa saudável é capaz de viver. O que é a vida? Não preciso saber a resposta, mas podemos chegar a um acordo: ela está mais próxima do SER do que do sexo. Diz Lorelei: "Beijar é muito bom, mas uma pulseira de diamantes dura para sempre" [Anita Loos, *Gentleman Prefer Blondes*. New York, Brentano, 10935]. Ser e se sentir real dizem respeito essencialmente à saúde, e só se garantirmos o ser é que poderemos partir para coisas mais objetivas³¹⁴.

É um alívio que a psicanálise tenha atravessado a fase, que durou meio século, na qual, quando os analistas se referiam aos bebês só podiam falar em termos de pulsões eróticas e agressivas. Tudo era questão de instinto pré-genital, de erotismo anal e reações a frustrações, com alguns acréscimos bastante bravios, feitos em termos de comportamento natural agressivo e ideias destrutivas, agressividade. O trabalho deste tipo teve seu valor e ainda o tem, mas hoje é necessário para os analistas que se referem à natureza do bebê que vejam o que mais se encontra lá para ser visto. O analista ortodoxo, se ele examinar melhor, verá que há alguns choques à sua espera³¹⁵.

Possuímos a única formulação realmente útil, que existe, da maneira pela qual o ser humano psicologicamente se desenvolve de um ser completamente dependente e imaturo para um estado maduro relativamente independente. A teoria é excepcionalmente complexa e difícil de ser

³¹² Winnicott, 1987b, p. 51.

³¹³ Winnicott, 1988, p. 148.

³¹⁴ Winnicott, 1971f, p. 18.

³¹⁵ Winnicott, 1970b, p. 196.

enunciada de modo sucinto, e sabemos que existem grandes lacunas no nosso entendimento. Apesar disto, existe a teoria, e, desta maneira, a psicanálise efetuou uma contribuição que é de modo geral aceita, mas usualmente, não reconhecida³¹⁶.

[...] um escritor da natureza humana precisa ser levado constantemente em direção a uma linguagem simples, longe do jargão do psicólogo, mesmo que tal jargão possa contribuir para revistas científicas³¹⁷.

[...] a psicologia não é outra coisa que o estudo da natureza humana; é uma ciência, exatamente como a física, a fisiologia e a biologia. Esta é a minha opinião, e o trabalho de toda minha vida está fundado nesta convicção³¹⁸.

Psicopatologia

[...] viver criativamente constitui um estado saudável [...] a submissão é uma base doentia para vida³¹⁹.

Naturalmente, em psiquiatria não existem fronteiras claras entre estados clínicos, mas a fim de chegar a algum lugar, temos de fingir que existem. A alternativa principal à psicose é a psicose. Digamos que, na psicose, há um transtorno que envolve a estrutura da personalidade. Pode-se mostrar que o paciente se acha desintegrado, ou irreal, ou fora de contato com o seu próprio corpo ou com aquilo que nós, como observadores, chamamos de realidade externa. Os problemas do psicótico são desta ordem. Em comparação, na psicose o paciente existe como pessoa, é uma pessoa total, que reconhece objetos totais; acha-se bem alojado em seu próprio corpo e a capacidade de relacionamentos objetivos está bem-establishada. Deste ponto de vista, o paciente encontra-se em dificuldades, e estas surgem dos conflitos que resultam da experiência dos relacionamentos objetivos. Naturalmente, os conflitos mais graves aparecem em conexão com a vida instintual, isto é, as variadas excitações com acompanhamentos corporais que têm como fonte a capacidade que o corpo possui de ficar excitado – de modo geral e localizado.

Temos aqui então dois conjuntos de crianças, aquelas cujos estágios

³¹⁶ Winnicott, 1989vk, p. 94.

³¹⁷ Winnicott, 1957o, p. 121.

³¹⁸ Winnicott, 1945h, pp. 29-30.

³¹⁹ Winnicott, 1971g, p. 75.

mais iniciais de desenvolvimento foram satisfatórios e que tiveram problemas a que damos o nome de psiconeuróticos, e aquelas cujos estágios mais iniciais de desenvolvimento são incompletos e esta qualidade domina o quadro clínico. Assim, o importante a respeito da psiconeurose é que ela constitui um transtorno daquelas crianças que são suficientemente saudáveis para não serem psicóticas.

Naturalmente, esta divisão de estados clínicos em dois é simples demais. Há três complicações que tenho de mencionar, para que vocês fiquem satisfeitos com o que estou dizendo.

Em algum lugar entre a psicose e a neurose entra a depressão. Nesta, a estrutura da personalidade é relativamente bem-estabelecida. Podemos lidar com esta complicação dizendo que há depressões que são bastante psicóticas, com coisas tais como estados de despersonalização fazendo parte do quadro, e que há depressões que são praticamente psiconeuroses. Em qualquer dos casos, o paciente se encontra em dificuldades com as ideias e impulsos destrutivos que acompanham a experiência de relacionamentos objetivos que possuem excitações neles mesmos, ou seja, que são mais vitais e intensos do que sentimentos que podem ser descritos por palavras tais como afetuosos, e que incluem clímax ou orgasmo.

A segunda complicação provém do fato de que, em alguns pacientes, há uma expectativa persecutória e esta pode datar até mesmo da primeiríssima infância.

A terceira complicação tem a ver com o estado a que às vezes nos referimos pela palavra "psicopatia". Quero dizer, crianças com uma tendência antissocial merecem uma classificação toda sua, porque elas podem ser, essencialmente, normais ou psiconeuróticas ou depressivas ou psicóticas. O fato é que se tem de pensar em sua sintomatologia em termos de valor de dano. A tendência antissocial representa o SOS ou o *cri de coeur* da criança que, em um estágio ou outro foi privada, privada da provisão ambiental que seria apropriada na idade em que lhe faltou. A privação alterou a vida da criança; causou-lhe aflição intolerável e a criança está com a razão em reclamar o reconhecimento do fato de que "as coisas estavam bem e, depois, não ficaram bem" e de que isto constitui um fator externo, fora do controle da criança.

Uma criança deste tipo acha-se engajada em retornar, através da privação e da aflição intolerável, ao estado que existia antes da privação, quando as coisas não eram muito ruins. Não podemos classificar este estado, que pode conduzir à delinquência ou à reincidência, junto com os outros estados que etiquetamos com as palavras psicose, depressão e psiconeurose.

Concordarão, espero eu, que primeiro tenho de estabelecer o mapa psiquiátrico desta maneira, de forma a que possa perseguir minha tese de que a psiconeurose é um estado de crianças (ou adultos) que, em seu de-

envolvimento emocional, chegaram a um estado de relativa saúde mental. Havendo sido trazidos através dos estágios mais iniciais que pertencem à dependência extrema, e chegado aos estágios bem mais posteriores em que a privação traumatiza, estes indivíduos acham-se agora em posição de terem *suas próprias dificuldades*. Estas pertencem essencialmente à vida e aos relacionamentos interpessoais e, de modo geral, as pessoas não se ressentem com estas dificuldades, porque elas são suas próprias, isto é, não são resultado de fracassos ambientais ou de negligência³²⁰.

A fim de examinar a teoria da esquizofrenia é preciso que tenhamos uma eficiente teoria do crescimento emocional da personalidade [...]. O que preciso fazer é assumir a teoria geral da continuidade, de uma tendência inata em direção ao crescimento e à evolução pessoal, e a teoria da doença mental como uma interrupção do desenvolvimento. [...] Também posso dizer que o enunciado do desenvolvimento da primeira infância e da infância em termos de uma progressão de zonas erógenas, que nos serviu tão bem em nosso tratamento de neuróticos, não é tão útil no contexto da esquizofrenia como o é a ideia de uma progressão da dependência (de início quase absoluto) para a independência³²¹.

Costumo dividir os casos em três categorias distintas. *Primeiro*, há os pacientes que funcionam em termos de pessoa inteira, cujas dificuldades localizam-se no reino dos relacionamentos interpessoais. A técnica para o tratamento desses pacientes faz parte da psicanálise desenvolvida por Freud no início do século. *Segundo*, os pacientes nos quais a personalidade recém-começou a integrar-se e a tornar-se algo com o qual se pode contar [...]. Estes pacientes requerem uma análise do estado de espírito. A técnica para esse tipo de trabalho não difere daquela adequada aos pacientes da primeira categoria. No entanto, surgem aqui novos problemas de manejo, devidos ao espectro mais amplo do material clínico abordado. Do ponto de vista aqui adotado o elemento importante é a *sobrevivência do analista* na condição de fator dinâmico. No *terceiro* grupo incluo todos aqueles pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, remota e imediatamente anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade, e anteriores à aquisição do *status* de unidade em termos de espaço-tempo. A estrutura pessoal não está ainda solidamente integrada. A respeito desse terceiro grupo, a ênfase recai mais frequentemente sobre o manejo, e por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, o manejo ocupando a totalidade do espaço³²².

³²⁰ Winnicott, 1989vI, p. 53.

³²¹ Winnicott, 1968c, p. 194.

³²² Winnicott, 1955d, p. 375.

A neurose propriamente dita não é necessariamente uma doença, e deveríamos pensar nela em primeiro lugar como um tributo ao fato de que a vida é difícil³²³.

[...] é verdade que a depressão, mesmo que terrível, tem que ser respeitada como evidência de integração pessoal³²⁴.

[...] Estar deprimido é uma conquista e implica alto grau de integração pessoal e uma aceitação da responsabilidade por toda a destrutividade de que está ligada a viver, à vida instintiva e à raiva à frustração³²⁵.

Concepções clínico-teóricas

A vida de um indivíduo não se caracteriza mais por medos, sentimentos conflitantes, dúvidas, frustrações do que por seus aspectos positivos. O essencial é que o homem ou a mulher se sintam *vivendo sua própria vida*, responsabilizando-se por suas ações ou inações, sentindo-se capazes de atribuírem a si o mérito de um sucesso ou a responsabilidade de um fracasso. Pode-se dizer, em suma, que o indivíduo saiu da dependência para entrar na independência ou autonomia³²⁶.

Qualquer tentativa de descrever o complexo de Édipo em termos de duas pessoas fracassa. Contudo, relações diádicas existem, e pertencem a estágios relativamente mais precoces na vida do indivíduo. A relação diádica inicial é aquela entre a criança e a mãe ou mãe substituta, antes que qualquer característica da mãe tenha-se diferenciado e moldado na imagem de pai³²⁷.

De qualquer maneira, na puberdade, os meninos e as meninas não imaginam, de forma alguma, que as "pulsões" são tudo, pois o que lhes interessa essencialmente é *ser*, ser de alguma maneira, de sentirem-se reais, e de atingirem certo grau de constância de objeto. Eles têm necessidade de dominar os instintos e não de serem despedaçados por eles³²⁸.

³²³ Winnicott, 1958m, p. 420.

³²⁴ Winnicott, 1971f, p. 17.

³²⁵ Winnicott, 1965va, p. 160.

³²⁶ Winnicott, 1971f, p. 10.

³²⁷ Winnicott, 1958g, p. 32.

³²⁸ Winnicott, 1971f, p. 28.

Talvez a psicanálise tenha tido, outrora, tendência a *considerar a saúde simplesmente como uma ausência de desordem psíquica*. Isso não nos é mais o suficiente. Nós temos necessidade, hoje, de critérios mais sutis. Por outro lado, não é necessário rejeitar o antigo modo de pensamento, mesmo se nós nos referimos agora a noções como as de liberdade interior, capacidade de confiança e fé, confiabilidade e constância de objeto, de liberdade em relação às ilusões que nós fazemos, mesmo se nós nos referimos enfim a alguma coisa que, enquanto qualidade da realidade psíquica pessoal, é mais da ordem da riqueza do que da pobreza³²⁹.

Uma vez iniciada uma análise espero continuar com ela e finalizá-la. Gosto de fazer análise e sempre anseio pelo seu fim. A análise só pela análise para mim não tem sentido. Faço análise porque é o que o paciente necessita. Se o paciente não necessita de análise, então faço outra coisa. Em análise se pergunta: quanto se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: quão pouco é necessário ser feito. Sempre me adapto um pouco às expectativas do indivíduo de início. Seria desumano não fazê-lo. Ainda assim, me mantenho manobrando no sentido de uma análise padrão. O que deve tentar conceituar aqui é o significado para mim da expressão análise padrão. Isso significa para mim me comunicar com o paciente da posição em que a neurose (ou psicose) de transferência me coloca³³⁰.

Desejo afastar a atenção da sequência psicanálise, psicoterapia, material de brincadeira, brincar, e propor tudo isso novamente, ao inverso. Em outros termos, *é a brincadeira que é universal* e que é própria da saúde; o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. O natural é o brincar, e o fenômeno altamente aperfeiçoado do século XX é a psicanálise³³¹.

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o pa-

³²⁹ Winnicott, 1971f, p. 9.

³³⁰ Winnicott, 1965d, p. 152.

³³¹ Winnicott, 1968l, p. 63.

ciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é³³².

[...] um distúrbio que não tem causa física e que, portanto, é psicológico representa um prurido no desenvolvimento emocional do indivíduo. A psicoterapia visa, simples e unicamente, a eliminar esse prurido, para que o desenvolvimento possa ter lugar onde antes não podia ocorrer³³³.

A psicanálise não se resume a interpretar o inconsciente reprimido; é, antes, o fornecimento de um contexto profissional para a confiança, no qual este trabalho pode ocorrer³³⁴.

Nós, como as mães, precisamos saber a importância: da *continuidade* do ambiente humano, e do mesmo modo, do ambiente não humano, que auxilia a integração da personalidade do indivíduo; da *confiança*, que torna o comportamento da mãe previsível; da *adaptação gradativa* às necessidades cambiantes em expansão da criança, cujo processo de crescimento a impele no sentido da independência e da aventura; da *provisão para concretizar o impulso criativo da criança*. [...] Isto se relaciona com a provisão que fazemos ao nos defrontarmos com crises – o que é diferente de prover psicanálise, que é outra coisa bem diferente³³⁵.

Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de:

- me manter vivo;
- me manter bem;
- me manter desperto.
- ser eu mesmo e me portar bem.

Uma vez iniciada a análise, espero continuar com ela e finalizá-la.

Gosto de fazer análise e sempre anseio pelo seu fim. A análise só pela análise para mim não tem sentido, Faço análise porque é o que o paciente necessita. Se o paciente não necessita de análise, então faço outra coisa.

Em análise se pergunta: quanto se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: quão pouco é necessário ser feito.

Sempre me adapto um pouco às expectativas do indivíduo de início. Seria desumano não fazê-lo. Ainda assim, me mantenho manobrando no

³³² Winnicott, 1968f, p. 59.

³³³ Winnicott, 1958f, p. 265-266.

³³⁴ Winnicott, 1986f, p. 108.

³³⁵ Winnicott, 1965vc, p. 67-68.

sentido de uma análise padrão. O que se deve tentar conceituar aqui é o significado para mim da expressão análise padrão.

Isso significa para mim me comunicar com o paciente da posição em que a neurose (ou psicose) de transferência me coloca³³⁶.

No exemplo mais simples possível, uma pessoa que está sendo analisada consegue corrigir uma experiência passada, ou uma experiência imaginária, ao revivê-la em condições simplificadas nas quais a dor pode ser tolerada porque está sendo distribuída ao longo do período de tempo; tomada, por assim dizer, em pequenas doses, num meio ambiente emocional controlado. Como vocês bem podem imaginar, na prática concreta raramente existe algo tão descomplicado como isso, mas o contexto principal pode legitimamente ser descrito desta maneira³³⁷.

As pessoas têm que aceitar o que são e aceitar a história de seu desenvolvimento pessoal, justamente com as influências e atitudes ambientais locais; elas têm que continuar vivas e, vivendo, tentar se relacionar com a sociedade de modo a haver uma contribuição nos dois sentidos³³⁸.

³³⁶ Winnicott, 1965d, p. 152.

³³⁷ Winnicott, 1945h, p. 36.

³³⁸ Winnicott, 1986f, p. 152.

Escritos de Winnicott

Apresento aqui o conjunto das suas publicações, possibilitando que sua obra seja encontrada para consulta e pesquisa. Em 2016 serão publicados os 12 volumes de *The Collected Works of D W Winnicott*. Esta publicação tem Lesley Caldwell & Helen Taylor Robson como seus Editores e uma série de outros especialistas para o trabalho de composição e edição de cada um dos volumes. Para referir-se aos textos de Winnicott optou-se por adotar a classificação de Knud Hjulmand (2007), na qual cada texto está classificado em função da sua ordem de publicação original. Antes de a sistematização de Hjulmand ser proposta, Henry Karnac fez uma primeira classificação dos livros de Winnicott publicados em inglês (W1 a W21); são estes livros que o leitor encontra publicados atualmente em português, no Brasil. São estes livros publicados que o leitor encontrará aqui indicados.

Ao final, procurando estabelecer o quadro no qual tem sido desenvolvidos estudos sobre a obra de Winnicott, procuro indicar uma boa parte da literatura secundária organizada em função de alguns temas ou campos de pesquisa, ainda que esta não pretenda ser uma apresentação exaustiva de todos os estudos dedicados a esse autor.

The Collected Works of Dr. D. W. Winnicott (2016)

Editado por Lesley Caldwell & Helen Taylor Robinson

- Volume 1. 1926–1936: Discovering Psychoanalysis: Before World War II. Editado por Ken Robinson, Newcastle.

- Volume 2. 1937–1946: *Psychoanalysis in War-Time*. Editado por *Christopher Reeves*, Londres.
- Volume 3. 1947–1951: *Exploring Aggression*. Editado por *Paolo Fabozzi* e *Vincenzo Bonaminio*, Roma.
- Volume 4. 1952–1955: *Beyond the Psychoneuroses: Psychosis and Regression to Dependence*. Editado por *Dominique Scarfone*, Montreal.
- Volume 5. 1956–1959: *The First Year of Life*. Editado por *Roger Kennedy*, Londres.
- Volume 6. 1960–1963: *The Theory of the Parent-Infant Relationship*. Editado por *Angela Joyce*, Londres.
- Volume 7. 1963–1967: *Splitting*. Editado por *Jim Rose*, Londres.
- Volume 8. 1967–1970: *The Good Enough Society*. Editado por *Ann Horne*, Londres.
- Volume 9. 1965–1971: *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. Editado por *Marco Armellini*, Roma.
- Volume 10. 1968–1971: *Creativity and Creative Living*. Editado por *Arne Jemstedt*, Stockholm.
- Volume 11. 1954–1967: *Human Nature*. Editado por *Steven Groarke*, London.
- Volume 12. Apêndices.

Publicações antes da edição dos Collected Works of Dr D.W. Winnicott

- W1 *Clinical Notes on Childhoo*t. London: Heinemann, 1931a.
- W2 *Getting to Know Your Baby*. London: Heinemann, 1945a.
- W3 *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby*. Privately published, 1949a
- W4 *The Child and the Family*. London: Tavistock, 1957a.
- W5 *The Child and the Outsid World*. London: Tavistock, 1957b.
- W6 *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London, Tavistock, 1958a.
- Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- W7 *The Child, the Family, and the Outside World*. Harmondsworth, Penguin Books, 1964a.
- A Criança e seu Mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985.
- W8 *The Family and Individual Development*. London: Tavistock Publications, 1965a.
- A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

- W9 *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth, 1965b.
O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- W10 *Playing and Reality*. London: Tavistock, 1971a.
O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- W11 *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. London: Hogarth, 1971b.
Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- W12 *The Piggie. An Account of the Psycho-Analytic Treatment of a Little Girl*. Ed. I.Ramzy. London: Hogarth 1977.
The Piggie: o Relato do Tratamento Psicanalítico de uma Menina. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- W13 *Deprivation and Delinquency*. Eds. C. Winnicott/ R.Shepherd/ M.Davis, 1984a. London: Tavistock, 1984.
Privação e Delinquência. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- W15 *Holding and Interpretation. Fragment of an Analysis*. London: Hogarth, 1986a.
Holding e Interpretação. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- W14 *Home is Where we Start From*. Eds. C. Winnicott/ R.Shepherd/ M.Davis. Harmondsworth: Penguin, 1986b.
Tudo Começa em Casa. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- W16 *Babies and their Mothers*. Eds. C.Winnicott/R.Shepherd/M.Davis. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1987a.
Os Bebês e suas Mães. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- W17 *The Spontaneous Gesture, Selected Letters*. Ed. F.R.Rodman. Cambridge: Mass.: Harvard University Press, 1987b.
O Gesto Espontâneo. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- W18 *Human Nature*. Eds. C.Bollas/ M.Davis/ R.Shepherd. London, Free Association, 1988.
Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- W19 *Psycho-Analytic Explorations*. Eds C.Winnicott/R.Shepherd/M.Davis. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1989a.
Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- W20 *Talking to Parents*. eds. C.Winnicott/C.Bollas/ M.Davis/ R.Shepherd. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1993a.
Conversando sobre Crianças [com os pais]. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- W21 *Thinking About Children*, eds. R.Shepherd/ J.Johns/ H.T.Robinson. London: Karnac Books, 1996a.
Pensando sobre Crianças. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Bibliografia secundária, organizada por temas

Catálogos contendo listas de publicações e pesquisas dedicadas ao estudo da obra de Winnicott

- FULGENCIO, Leopoldo. (2007). *Bibliografia winnicottiana*. São Paulo: EDUC (número especial 1, vol. 9, 2007, da *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*).
- KARNAC, Harry. (2007). *After Winnicott. Compilation of words based on the life, writings and ideas of D. W. Winnicott*. London: Karnac Books,

Manuais e dicionários

- ABRAM, Jan. (1996). *The Language of Winnicott. A Dictionary of Winnicott's Use of Words*. London: Karnac Books.
- NEWMAN, Alexander. (2003). *As idéias de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Biografias

- KAHR, Brett. (1996). *D. W. Winnicott : A biographical portrait*. London: Karnac.
- RODMAN, Robert F. (2003). *Winnicott: His life and work*. London: Harry Karnac.

Textos dedicados à caracterização do lugar e da importância de Winnicott na história da psicanálise

- CALDWELL, Lesley, & JOYCE, Angela. (2011). General introduction of reading Winnicott. In: L. Caldwell & A. Joyce (Eds.). *Reading Winnicott*. London: Routledge.
- CALDWELL, Lesley, & Joyce, Angela. (2012). Winnicott in his time. In: A. HORNE & M. LANYADO (Eds.). *Winnicott's children* (p. 1-40). London and New York: Routledge.
- GREEN, André. (2005a). Winnicott at the start of the third millennium. In: L. CALDWELL (Ed.), *Sex and sexuality: winnicottian perspectives (Winnicott Studies Monograph Series)* (p. 11-31). London: Karnac Books.
- GREEN, André. (2005b). Winnicott en transition, entre Freud et Melanie Klein *Jouer avec Winnicott* (p. 43-66). Paris: PUF.
- GREEN, André. (2010). Lacan et Winnicott: la bifurcation de la psychanalyse contemporaine *Penser la psychanalyse avec Bion, Lacan, Winnicott, Laplanche, Aulagnier, Rosolato*. Paris: Ithaque.

- GREEN, André. (2011). The bifurcation of contemporary psychoanalysis: Lacan and Winnicott. In: L. A. KIRSHNER (Ed.), *Between Winnicott and Lacan*. New York, London: Routledge.
- LOPARIC, Zeljko. (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, 11(2), 7-58.
- LOPARIC, Zeljko. (2012). From Freud to Winnicott: aspects of a paradigm change *Donald Winnicott Today*. London and New York: Routledge.
- ROUSSILLON, René. (1999). Introduction à nouvelle Édition de *Le paradoxe de Winnicott: Actualité de Winnicott Le paradoxe de Winnicott. De la naissance à la création*. Paris: In Press Éditions.
- SPELMAN, Margaret Boyle. (2013). *The evolution of Winnicott's thinking: examining the growth of psychoanalytic thought over three generations*. London: Karnac Books.

Estudos sobre a obra de Winnicott

- ABADI, Soria. (1996). *Transiciones - El modelo terapéutico de D.W. Winnicott*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- ANFUSSO, Adriana, & Indart, Verónica. (2009). *De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?* Montevideo: Psicolibros & Waslala.
- BONAMINIO, Vincenzo (2010). *Nas margens de mundos infinitos*. Rio de Janeiro: Imago, 2011.
- DAVIS, Madeleine, & WALLBRIDGE, David. (1981). *Limite e espaço*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- DETHIVILLE, Laura. (2008). *Donald W. Winnicott. Une nouvelle approche*. Paris: Campagne Première.
- DETHIVILLE, Laura. (2013). *La clinique de Winnicott*. Paris: Campagne Première.
- DIAS, Elsa Oliveira. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- DRAPEAU, Pierre. (2002). From Freud to Winnicott: An encounter between mythical children. In: L. Caldwell (Ed.). *The elusive child* (pp. 15-44). New York: Jason Aronson.
- GOLDMAN, Dodi. (1993a). *In search of the real: the origins and originality of D. W. Winnicott*. London: Jason Aronson INC.
- GOLDMAN, Dodi (Ed.). (1993b). *One's bones: the clinical genius of Winnicott*. New York: Jason Aronson.
- GREEN, André. (2013). *Brincar e reflexão na obra de Winnicott*. São Paulo: Zagodoni.
- GROARKE, Steven. (2014). *Managed lives: Psychoanalysis, inner security and the social order*. London: Routledge.
- GROLNICK, Simon A. (1990). *The work and play of Winnicott*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson.

- HUGHES, Judith M. (1990). *Reshaping the psychoanalytic domain: the work of Melanie Klein, W.R.D. Fairbairn, and D.W. Winnicott*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press
- KAVALER-ADLER, Susan. (2014). *The Klein-Winnicott dialectic transformative new metapsychology and interactive clinical theory* (Vol. Karnac Books): London.
- LEFEVRE, Anne. (2012). *100% Winnicott*. Paris: Groupe Eyrolles, 2012.
- LEHMANN, Jean-Pierre. (2003). *La clinique analytique de Winnicott. De la position dépressive aux états-limites*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- LEHMANN, Jean-Pierre. (2007). *Développements de la clinique de Winnicott. Avatars des régressions et masochisme féminin*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- LEVINGE, A. (2015). *The music of being. music therapy, Winnicott and the school of object relations*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher.
- PHILLIPS, Adam. (1988). *Winnicott*. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.
- PLOT, Alfredo Julio Paineira. (1997). *Clínica psicoanalítica. A partir de la obra de Winnicott*. Buenos Aires, Argentina: Lumen, 1997.
- PLOT, Alfredo Julio Paineira. (2007). *Repensando el psicoanálisis desde la persona*. Buenos Aires: Lumen, 2007.
- PLOT, Alfredo Paineira. (2008). *Hacia una nueva teorización del psicoanálisis a partir de la intuición fundamental de Winnicott*. In: A. LIBERMAN & A. A. BLANCO (Eds.). *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática.
- RODULFO, Ricardo. (2008a). *El psicoanálisis de nuevo. Elementos para la desconstrucción del psicoanálisis tradicional*. Buenos Aires: Eudeba.
- RODULFO, Ricardo. (2008b). *Futuro porvenir: ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la clínica de la niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- RODULFO, Ricardo. (2009). *Trabajos de la lectura, lecturas de la violencia. Lo creativo – lo destructivo en el pensamiento de WINNICOTT*. Buenos Aires: Paidós.
- RODULFO, Ricardo. (2012). *Padres e hijos. En tiempo de la retirada de las oposiciones*. Buenos Aires: Paidós.
- ROUSSILLON, René. (1991). *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. São Leopoldo, RS: Editora Unisinos, 2006.
- SAFRA, Gilberto. (1995). *Momentos mutativos em psicanálise. Uma visão winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- SAFRA, Gilberto. (1998). *A loucura como ausência de cotidiano*. *PSYCHÊ. Revista de Psicanálise*, 2(2), 99-108.
- SARAGNANO, G.; SEULIN, C. (Eds.) (2015). *Playng and reality revisited. A new look at Winnicott's classic work*. London: Karnac.

- SPELMAN, Margaret Boyle. (2013a). *The evolution of Winnicott's thinking: examining the growth of psychoanalytic thought over three generations*. London: Karnac Books.
- SPELMAN, Margaret Boyle. (2013b). *Winnicott's babies and Winnicott's patients: psychoanalysis as transitional space*. London: Karnac Books.
- SWEDEN, Robert C. Van. (1995). *Regression to dependence. A second opportunity for ego integration and developmental progression*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- TUBER, S. (2008). *Attachment, play and authenticity. A Winnicott Primer*. Lanhann, Boulder, New York, Toronto, Plymont-UK: Janson Aronson.

Coletâneas sobre diversos temas da obra de Winnicott

- ABRAM, Jan (2012). *Donald Winnicott today*. London and New York: Routledge.
- BERTOLINI, Mario, GIANNAKOULAS, Andreas, HERNANDEZ, Max, & MOLINO, Anthony (Eds.). (2001a). *Squiggles & Spaces. Revisiting the work of D. W. Winnicott* (Vol. 1). London: Whurr.
- BERTOLINI, Mario, GIANNAKOULAS, Andreas, HERNANDEZ, Max, & MOLINO, Anthony (Eds.). (2001b). *Squiggles & Spaces. Revisiting the Work of D. W. Winnicott* (Vol. 2). London: Whurr.
- BEZERRA Jr., Benilton, & ORTEGA, Francisco (Eds.). (2007). *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- BOUHSIRA, Jacques, & DURIEUX, Marie-claire. (2004). *Winnicott insolite*. Paris: PUF.
- BRACONNIER, Alain, & GOLSE, Bernard (Eds.). (2012). *Winnicott et la création humaine*. Toulouse: Éditions Érès.
- CALDWELL, Lesley. (2002). *The elusive child*. London: Karnac Books, 2002.
- CALDWELL, Lesley (Ed.). (2000). *Art, creativity, living*. London: Karnac.
- CALDWELL, Lesley (Ed.). (2005). *Sex and sexuality: winnicottian perspectives* (Winnicott Studies Monograph Series) London: Karnac Books.
- CALDWELL, Lesley (Ed.). (2007). *Winnicott and the psychoanalytic tradition*. London: Karnac.
- CALDWELL, Lesley; JOYCE, Angela. (2011). *Reading Winnicott*. London: Routledge.
- CATAFESTA, Ivonise Fernandes Motta (org.). (1997). *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a universidade*. São Paulo Lemos Editorial.
- CYSSAU, Catherine, & VILLA, François. (2006). *La nature humaine à l'épreuve de Winnicott*. Paris: Presses Universitaires de France.
- DUPARC, François (Ed.). (2005). *Winnicott en 4 squiggles*. Clamecy: Editions in Press.



- FERREIRA, Afrânio de Matos (Ed.). (2007). *Espaço potencial. diversidade e interlocução*. São Paulo: Landy Editora & Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae.
- LIBERMAN, Ariel, & BLANCO, Augusto Abello (Eds.). (2008). *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática.
- OUTEIRAL, José, & ABADI, Sonia. (1997). *Donald Winnicott na América Latina*. Rio de Janeiro: Revinter.
- SUCAR, Inês, & RAMOS, Heloisa (Eds.). (2012). *Winnicott ressonâncias*. São Paulo: Primavera Editorial & Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

Controvérsias sobre a importância da obra de Winnicott

- ABRAM, Jan. (2012). On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults. *International Journal of Psychoanalysis*, 93(1461-1473).
- BLASS, Rachel B. (2012). "On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults": Introduction to a controversy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93, 1439-1448.
- BONAMINIO, Vincenzo. (2012). On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93, 1475-1485.
- EIGEN, Michael. (2012). On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93, 1449-1459.
- FULGENCIO, Leopoldo. (2007). Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's metapsychology. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(2), 443-461.
- FULGENCIO, Leopoldo. (2015). Discussion of the place of metapsychology in Winnicott's work. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(5), 1235-1259.
- GIRARD, Martine. (2010). Winnicott's foundation for the basic concepts of Freud's metapsychology? *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(2), 305-324

Estudos dedicados às relações entre Winnicott e outros psicanalistas

Entre Winnicott e Freud

- DRAPEAU, Pierre. (2002). From Freud to Winnicott: An encounter between mythical children. In: L. Caldwell (Ed.). *The Elusive Child* (p. 15-44). New York: Jason Aronson.
- FULGENCIO, Leopoldo. (2010). Aspectos gerais da rescrição winnicot-

tiana dos conceitos fundamentais da psicanálise freudiana. *Psicologia USP*, 21(1), 99-125.

FULGENCIO, Leopoldo. (2013a). Ampliação winnicottiana da noção freudiana de inconsciente. *Psicologia USP*, 24(1), 143-164.

FULGENCIO, Leopoldo. (2013b). Aspectos diferenciais da noção de Ego e de Self na obra de Winnicott. *Estilos da Clínica*.

FULGENCIO, Leopoldo. (2013c). A redescritção da noção de Superego na obra de Winnicott. *Rabisco. Revista de Psicanálise*, 3, 153-168.

FULGENCIO, Leopoldo. (2013d). A situação do narcisismo primário. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 47(3), 131-142.

FULGENCIO, Leopoldo. (2014). A noção de Id para Winnicott. *Percursos. Revista de Psicanálise*.

ROUSSILLON, René. (2010). The deconstruction of primary narcissism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(4), 821-837.

Entre Winnicott e Ferenczi

BORBOGNO, Franco. (2008). Ferenczi y Winnicott: contatos (*de alma*) cercanos Winnicott hoy. *Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática.

KUPERMANN, Daniel. (2008). *Presença sensível. Cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

MARTIN-CABRÉ, Luis J. (2001). Winnicott and Ferenczi: Trauma and the Maternal Analyst *Squiggles and Spaces: Revisiting the Work of D. W. Winnicott* (2 vols.) (Vol. 2). London: Whurr.

MARTIN-CABRÉ, Luis J. (2001). Winnicott and Ferenczi: Trauma and the Maternal Analyst. In: M. BERTOLINI, A. GIANNAKOULAS, M. HERNANDEZ & A. MOLINO (Eds.). *Squiggles & Spaces. Revisiting the Work of D. W. Winnicott* (Vol. 2, pp. 179-184). London: Whurr.

MARTIN-CABRÉ, Luis J. (2008). El legado de Ferenczi en la obra de Winnicott. In A. LIBERMANN & A. A. BLANCO (Eds.), *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática.

SABOURIN, Pierre. (1988). *Ferenczi - paladino e grão-vizir secreto*. São Paulo: Martins Fontes.

TONNESMANN, Magret. (1993). The third area of experience in psychoanalysis. *Winnicott Studies*, 8(Autumn).

TONNESMANN, Magret. (2002a). *About children and children no longer*. London: Routledge.

TONNESMANN, Magret. (2002b). Early emotional development: Ferenczi to Winnicott. In: L. CALDWELL (Ed.). *The elusive child*. London: Karnac.

TONNESMANN, Magret. (2007). Michael Balint and Donald Winnicott: contributions to the treatment of severely disturbed in the Indepen-

dent Tradition. In: L. CALDWELL (Ed.). *Winnicott and the psychoanalytic tradition*. London: Karnac.

Entre Winnicott e Klein

- AGUAYO, Joseph. (2002). Reassessing the clinical affinity between Melanie Klein and D. W. Winnicott (1935-51): Klein's unpublished 'notes on baby' in historical context. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(5), 1133-1152.
- CALDWELL, Lesley, & JOYCE, Angela. (2011). General Introduction of *Reading Winnicott*. In: L. CALDWELL & A. JOYCE (Eds.). *Reading Winnicott*. London: Routledge.
- FULGENCIO, Leopoldo. (2008). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 124-136.
- GREEN, André. (2005a). Winnicott at the Start of the Third Millennium. In: L. CALDWELL (Ed.). *Sex and sexuality: winnicottian perspectives (Winnicott Studies Monograph Series)* (pp. 11-31). London: Karnac Books.
- GREEN, André. (2005b). Winnicott en transition, entre Freud et Melanie Klein *Jouer avec Winnicott* (p. 43-66). Paris: PUF.
- KAVALIER-ADLER, Susan. (2014). *The Klein-Winnicott dialectic. transformative new metapsychology and interactive clinical theory*. London: Karnac Books.
- LIKIERMAN, Meira. (2007). Donald Winnicott and Melanie Klein: compatible outlooks? In : L. CALDWELL (Ed.). *Winnicott and the psychoanalytic tradition* (p. 112-127). London: Karnac Books.
- LOPARIC, Zeljko. (1997). Winnicott e Melanie Klein: conflito de paradigmas. In: I.F.M. CATAFESTA (ed.). *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a universidade*. São Paulo: Lemos.
- MARCHIOLLI, Priscila Toscano de Oliveira, & FULGENCIO, Leopoldo. (2012). O complexo de Édipo nas obras de Klein e Winnicott: comparações. *Ágora*, XVI(1), 105-118.
- PADEL, John. (1991). The psychoanalytic theories of Melanie Klein and Donald Winnicott and their interaction in the British Society of Psychoanalysis. *Psychoanal. Rev.*, 78, 315-345.

Entre Winnicott e Lacan

- EIGEN, Michael. (1981). The area of faith in Winnicott, Lacan and Bion. *The International Journal of Psychoanalysis*, 62, 413-433.
- GORNEY, James E. (2003). *Winnicott and Lacan: A transformational clinical conversation. Paper presented at the International Federation for Psychoanalytic Education*, 7 November, 2003, Pasadena, CA. Unpublished.

- GREEN, André. (2010). Lacan et Winnicott: la bifurcation de la psychanalyse contemporaine *Penser la psychanalyse avec Bion, Lacan, Winnicott, Laplanche, Aulagnier, Rosolato*. Paris: Ithaque.
- GREEN, André. (2011). The bifurcation of contemporary psychoanalysis: Lacan and Winnicott. In: L. A. KIRSHNER (Ed.). *Between Winnicott and Lacan*. New York, London: Routledge.
- KIRSHNER, Lewis A. (Ed.). (2011). *Between Winnicott and Lacan. A Clinical Engagement*. New York & London: Routledge.
- LACAN, Jacques. (1968). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- LONIE, I. (1990). The concept of impingement in Winnicott and Lacan. *Analysis*, 2, 30-42.
- LUEPNITZ, Deborah Anna. (2009). Thinking in the space between Winnicott and Lacan. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(5), 957-981. doi: 10.1111/j.1745-8315.2009.00156.x
- ROZENTHAL, Eduardo. (2014). *O ser no gerúndio - corpo e sensibilidade na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- VANIER, Catherine, & VANIER, Alain. (2010). *Winnicott avec Lacan*. Paris: Hermann.

Entre Winnicott e Bion

- EIGEN, Michael. (1981). The area of faith in Winnicott, Lacan and Bion. *The International Journal of Psychoanalysis*, 62, 413-433.
- SARNO, Lucio (2001). Winnicott and Bion: On some uncanny affinities. In: M. BERTOLINI, A. GIANNAKOULAS, M. HERNANDEZ & A. MOLINO (Eds.), *Squiggles & Spaces. Revisiting the work of D. W. Winnicott* (Vol. 2, pp. 204-220). London: Whurr

Entre Winnicott e Fairbairn

- GUNTRIP, Harry. (2006). Minha experiência de análise com Fairbairn e Winnicott (1975). *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 8(2), 383-411.
- VERMOREL, Henri. (2005). Une des sources de Winnicott: l'oeuvre de Fairbairn. In: F. DUPARC (Ed.). *Winnicott en quatre squiggles*. Paris: In press.

Entre Winnicott e Bowlby

- ISSROFF, Judith (2005). *Donald Winnicott and John Bowlby*. London: Karnac.

Entre Winnicott e Jung

- AITE, Paolo (2001). Between C. G. Jung and D. W. Winnicott. In: M. BERTOLINI, A. GIANNAKOULAS, M. HERNANDEZ & A. MOLINO (Eds.), *Squiggles & Spaces. Revisiting the Work of D. W. Winnicott* (Vol. 2, p. 242-244). London: Whurr.
- GORDON, Rosemary (2001). Psychosomatics in Jung and Winnicott. In M. Bertolini, A. GIANNAKOULAS, M. HERNANDEZ & A. MOLINO (Eds.), *Squiggles & Spaces. Revisiting the Work of D. W. Winnicott* (Vol. 2, p. 169-172). London: Whurr.
- LOPARIC, Zeljko. (2014). *Winnicott e Jung*. São Paulo: DWW Editorial.
- MAFFEI, Giuseppe (2001). C. G. Jung's *memories, dreams, reflections*: Notes of the review by D. W. Winnicott. In: M. BERTOLINI, A. GIANNAKOULAS, M. HERNANDEZ & A. MOLINO (Eds.), *Squiggles & Spaces. Revisiting the Work of D. W. Winnicott* (Vol. 2, pp. 196-203). London: Whurr.
- SEDGWICK, David. (2008). Winnicott's dream: some reflections on D. W. Winnicott and C. G. Jung. *Journal of Analytical Psychology*, 53, 543-560.

Entre Winnicott e Balint

- BARNETT, Bernard (2001). A comparison of the thought and work of Donald Winnicott and Michael Balint. In: M. BERTOLINI, A. GIANNAKOULAS, M. HERNANDEZ & A. MOLINO (Eds.), *Squiggles & Spaces. Revisiting the Work of D. W. Winnicott* (Vol. 2, pp. 185-188). London: Whurr.
- DREYFUS, Peter (2001). A discussion of Bernard Barnett's Comparison of D. W. Winnicott and Michael Balint. In M. BERTOLINI, A. GIANNAKOULAS, M. HERNANDEZ & A. MOLINO (Eds.), *Squiggles & Spaces. Revisiting the Work of D. W. Winnicott* (Vol. 2, pp. 236-241). London: Whurr.

Entre Winnicott e Tustin

- ASTIS, Giuliana de (2001). The influence of Winnicott on the evolution of Frances Tustin's thinking. In: M. BERTOLINI, A. GIANNAKOULAS, M. HERNANDEZ & A. MOLINO (Eds.), *Squiggles & Spaces. Revisiting the work of D. W. Winnicott* (Vol. 2, pp. 189-195). London: Whurr.

Entre Winnicott e Dolto

- GUILLERAULT, Gérard. (2007). *Dolto/Winnicott. Le bébé dans la psychanalyse*. Paris: Gallimard.

Referências

- ABRAM, J. (1996). *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- _____. (2008a). Donald Woods Winnicott (1896-1971): A brief introduction. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(6), 1189-1217.
- _____. (2008b). O objeto não-sobrevivente: algumas reflexões sobre as raízes do terror. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 153-171.
- ABRAHAM, K. (1919). A particular form of neurotic resistance against the psycho-analytic Method. *Select Papers of Psycho-Analysis*. London: Hogart Press, 1942, pp. 303-312.
- AMADO, G. (1978). *L'être et la psychanalyse*. Paris: PUF.
- _____. (1979). *De l'enfant à l'adulte. La psychanalyse au regard de l'être*. Paris: PUF.
- ANDRE, J.; GREEN, A.; FEDIDA, P.; WIDLÖCHER, D.; CHABERT, C.; DONNET, J. (1999). *Les états limites. Nouveaux paradigmes pour la psychanalyse?* Paris: PUF.
- ARMENGOU, F. G-C. (2009). The death drive: Conceptual analysis and relevance in the Spanish psychoanalytic community. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(2), 263-289.
- ASSOUN, P-L. (2006). Le symptôme humain: Winnicott a-métapsychologie *La nature humaine à l'épreuve de Winnicott*. Paris: PUF.
- _____. (2008). *Le démon de midi*. Le Mesnil-sur-l'Estrée: Éditions de l'Olivier.
- AUSTIN, J. L. (1990). *Quando dizer é fazer*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BARON-COHEN, S., TAGER-FLUSBERG, H., & COHEN, D. J., editors. (2000). *Understanding others minds: Perspectives From developmental cognitive neuroscience*. Oxford, England: Oxford University Press.

- BLACK, D. M. (2001). Mapping a Detour: Why did Freud speak of a death drive? *British Journal of Psychotherapy*, 18(2), 185-198.
- BLANCO, I. M. (2005). The four antinomies of the death instinct. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(5), 1463-1476.
- BORGOGNO, F. (2008). Ferenczi y Winnicott: contatos (de alma) cercanos. In: LIBERMAN, A. & BLANCO A.B., editores. *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática, p. 129-144.
- BOROSSA, J. (2007). Therapeutic relations: Sándor Ferenczi and the British Independents. In: Lesley CALDWELL, editor. *Winnicott and the psychoanalytic tradition*. London: Karnac, p. 141-164.
- BIBRING, E. (1943). The conception on the repetition compulsion. *Psychoanalytic Quarterly*, XII, pp. 486-519.
- CALDWELL, L., & JOYCE, A. (2011). General introduction. In: Lesley CALDWELL & Angela JOYCE, editors. *Reading Winnicott*. London: Routledge, p. 1-31.
- CAROPRESO, F., & SIMANKE, R. T. (2008). Life and death in Freudian metapsychology: A reappraisal of the second instinctual dualism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(5), 977-992.
- DRAPEAU, P. (2002). From Freud to Winnicott: An encounter between mythical children. In: Lesley CALDWELL, editor. *The Elusive Child* (pp. 15-44). New York: Jason Aronson, p. 15-44.
- DUCROT, O. & TODOROV, T. (1972). *Dicionário enciclopédico das ciências da linguagem*. São Paulo: Perspectiva, 1988.
- EISLER, M. J. (1922). Pleasure in sleep and the disturbed capacity for sleep. *International Journal of Psychoanalysis*, 3, 30-42.
- ELLENBERGER, H. F. (1958). A clinical introduction to psychiatric phenomenology and existential analysis *existence. A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books.
- _____ (1959). *Existentialism and its Interest for Psychiatry* Menninger School of Psychiatry, décembre (26), 26 ronéotées.
- _____ (1970). *The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- FERENCZI, S. (1920 et 1930-33). Notes et fragments [Notes and fragments]. In: *Psychanalyse IV, Oeuvres Complètes 1927-1933*. Paris: Payot, pp. 266-316.
- _____ (1929). L'Enfant mal accueilli et sa pulsion de mort. In: *Psychanalyse IV, Oeuvres Complètes 1927-1933*. Paris: Payot, pp. 76-81.
- _____ (1930). Principe de relaxation et néocatharsis. In: *Psychanalyse IV, Oeuvres Complètes 1927-1933*. Paris: Payot, pp. 82-97.

- _____ (1933). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. In: *Psychanalyse IV, Oeuvres Complètes 1927-1933*. Paris: Payot, pp. 125-135.
- _____ (1924). Thalassa. Essai sur la théorie de la sexualité. In: *Psychanalyse III, Oeuvres Complètes 1919-1926*. Paris: Payot, 1974, pp. 250-323.
- _____ (1985). *Journal clinique*. Janvier-octobre 1932. Paris, Payot.
- FONAGY, P. (2005). Teoria psicanalítica do desenvolvimento. In: Ethel S. PERSON & Arnold M. COOPER & Glen O. GABBARD, editores. *Compendio de psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007, pp. 143-156.
- FOUCAULT, M. (1988). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- FRANK, C. (2014). On the reception of the concept of the death drive in Germany: expressing and resisting an "evil principle"? *International Journal of Psychoanalysis*, 95(4), 613-627.
- FREUD, A. (1937). *The ego and the mechanisms of defence*. London: Hogarth Press.
- FREUD, S. (1905e). Fragment of an analysis of a case of hysteria. SE 7, p. 3-122.
- _____ (1912b). The dynamics of transference. SE 12, pp. 98-108.
- _____ (1912x). Totem and taboo. SE 13, pp. 1-162.
- _____ (1913j). The claims of psycho-analysis to scientific interest. SE 13, pp. 164-190.
- _____ (1914d). On the history of the psycho-analytic movement. SE 14, p. 3-66.
- _____ (1916x). Introductory lectures on psycho-analysis. SE 15, pp. 3-240.
- _____ (1923a). Two encyclopaedia articles. SE 18, pp. 234-260.
- _____ (1915 [1985]). Vue d'ensemble des névroses de transfert. *Sigmund Freud. Oeuvres complètes*. OCF.P 13. Paris: PUF.
- _____ (1920g). Beyond the pleasure principle. SE 18, p. 3-64.
- _____ (1921c). Group psychology and the analysis of the ego. SE 18, p. 69-143.
- _____ (1923b). The ego and the id. SE 19, p. 3-66.
- _____ (1930a). Civilization and its discontents. SE 21, p. 59-146.
- _____ (1933a). New introductory lectures on psycho-analysis. SE 22, p. 3-182.
- _____ (1937c). Analysis Terminable and Interminable. SE 23, p. 211-254.

- _____. (1988). O valor da vida: uma entrevista rara de Freud. *IDE*, v.15, p. 54-58.
- FREUD, S. & JUNG, G. C. (1992). *Correspondance 1906-1914*. Paris: Gallimard.
- FREUD, S. & ABRAHAM, K. (1965a). *Correspondance 1907-1926*. Paris: Gallimard.
- FULGENCIO, L. (2005). Freud's metapsychological especulations. *International Journal of Psychoanalysis*, 86(1), 99-123.
- _____. (2007). Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's metapsychology. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(2), 443-61.
- _____. (2008a). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 124-136.
- _____. (2008b). *O método especulativo em Freud*. São Paulo: EDUC.
- _____. (2011). A ética do cuidado psicanalítico para D. W. Winnicott. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 3(1 & 2), 91-111.
- _____. (2013a). Ampliação winnicottiana da noção freudiana de inconsciente. *Psicologia USP*, 24(1), 143-164.
- _____. (2013b). A redescrição da noção de Superego na obra de Winnicott. *Rabisco. Revista de Psicanálise*, 3, 153-168.
- _____. (2013c). A situação do narcisismo primário. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 47(3), 131-142.
- _____. (2014a). Aspectos diferenciais da noção de ego e de self na obra de Winnicott. *Estilos da Clínica*, 19(1), 183-198.
- _____. (2014b). A noção de Id para Winnicott. *Percursos. Revista de Psicanálise*, XXVI(51), 95-104.
- _____. (2015a). Apontamentos para uma análise da influência do existencialismo moderno na obra de Winnicott. *Ciência e Cultura*, 67(1), 36-39.
- _____. (2015b). Discussion of the place of metapsychology in Winnicott's work. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(5), 1235-1259.
- GEYSKENS, T. (2003). Imre Hermann's Freudian theory of attachment. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(6), 1517-1529.
- GIRARD, M. (2010). Winnicott's foundation for the basic concepts of Freud's metapsychology? *The International Journal of Psychoanalysis*, 91, 305-324.
- GREEN, A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris: Minuit.
- _____. (2002). Conversa com André Green. In: *On Video-Conference presented at the Sociedade de Psicanálise de São Paulo*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

- _____ (2005). The illusion of common ground and mythical pluralism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 627-632.
- _____ (2010a). Lacan et Winnicott: la bifurcation de la psychanalyse contemporaine *Penser la psychanalyse avec Bion, Lacan, Winnicott, Laplanche, Aulagnier, Rosolato*. Paris: Ithaque.
- _____ (2010b). *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort*. Sofia: Ithaque. (First Edition, 2007, Paris: Éditions du Panamá).
- _____ (2011). Origines et vicissitudes de l'Être dans l'œuvre de Winnicott. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(75): 1151-1170.
- GREENBERGER, J. R., & Mitchell, S. A. . (1983). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- GUYOMARD, P. (2009). Désir et créativité. *Les Lettres de La Société de Psychanalyse Freudienne, Winnicott, un psychanalyste dans notre temps* (21), 113-122.
- HEIDEGGER, M. (2003 [1983]). *Os conceitos fundamentais da metafísica: mundo, finitude, solidão*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- HINSHELWOOD, R. D. (1991). *A Dictionary of Kleinian Thought* (revised and enlarged, 2 ed.). London: Free Association Books.
- HJULMAND, K. (2007). D. W. Winnicott: Bibliography: Chronological and alphabetical lists *The language of Winnicott: A dictionary of Winnicott's use of words* (2 ed., pp. 363-435). London: Karnac.
- HORNEY, K. (1936). The problem of the negative therapeutic reaction. *Psychoanalytic Quarterly*, 5, 29-44.
- KERNBERG, O. (2003a). Sanctioned social violence: A psychoanalytic view, Part I. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 683-698.
- _____ (2003b). Sanctioned social violence: A psychoanalytic view, Part II. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 953-968.
- _____ (2004). The concept of drive in the light of contemporary psychoanalytic theorizing. In: *Contemporary controversies in psychoanalytic theory, technique, and their applications*. New Haven, CT: Yale UP, p. 48-59.
- KERNBERG, O. (2009a). The concept of the death drive: A clinical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 90, 1009-1023.
- _____ (2009b). Intellect or instinct: A contemporary view of the death drive the new school. Enviado em 10 de novembro de 2009. Youtube: <https://youtu.be/ayq2WTOIOAQ>
- KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (p. 17-43). Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1950). Sobre os critérios para o término de uma psicanálise.

Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963) (pp. 64-69). Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1952). As origens da transferência. *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (p. 70-79). Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1957). Inveja e gratidão. *Obras completas de Melanie Klein (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963)* (pp. 205-267). Rio de Janeiro: Imago.

KUPERMANN, D. (2008). Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, v. 41, pp. 75-96.

_____. (2009). Le soin face aux risques de la contemporanéité. *Topique*, v. 107, pp. 207-221.

LAING, R. D. (1969). *O eu dividido. Estudo existencial da sanidade e da loucura*. Petrópolis: Vozes.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris: PUF.

LIMENTANI, A. (1989). *Between Freud and Klein*. London: Free Association.

LITTLE, M. I. (1992). *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

LOPARIC, Z. (1999). O conceito de *Trieb* na filosofia e na psicanálise. [The concept of *Trieb* in philosophy and in psychoanalysis]. In: Machado J. A. T. (editor) *Filosofia e psicanálise: um diálogo* [Philosophy and psychoanalysis: A dialogue]. Porto Alegre: EDIPCRS, p. 97-158.

LUCAS, R. (2002). The concept of the death instinct: a clinical viewpoint. *British Journal of Psychotherapy*, 18(4), 568-570.

MARCHIOLLI, P. T. O. & FULGENCIO, L. (2012). O complexo de Édipo nas obras de Klein e Winnicott: comparações. *Ágora*, XVI(1), 105-118.

MAY, R., ANGEL, E., & ELLENBERGER, H. F. (1958). *Existence. A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books.

MARTIN-CABRÉ, L. J. (2005). Winnicott and Ferenczi: Trauma and the maternal analyst. In: Mario BERTOLINI, Andreas GIANNAKOULAS, Max HERNANDEZ, Anthony MOLINO, editors. *Squiggles and Spaces: Revisiting the work of D. W. Winnicott* (Vol. 2). London: Whurr, pp. 179-184.

MARTIN-CABRÉ, L. J. (2008). El legado de Ferenczi en la obra de Winnicott. In: Ariel LIBERMAN & Augusto Abello BLANCO, editores. *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática, pp. 235-248.

MOREL, D. (1990). *Ter um talento, ter um sintoma*. São Paulo: Escuta.

NUNBERG, H. & FEDERN, E. (1976). *Les premiers psychanalystes - Minutes*

- de la société psychanalytique de Vienne, Tome I, 1906-1908. Paris: Gallimard.
- REEVES, C. (2007). The mantle of Freud: Was the use of an object Winnicott's todestrieb. *British Journal of Psychotherapy*, 23(3), 365-382.
- RIVIÈRE, J. (1932). Jealousy as a mechanism of defence. *International Journal of Psychoanalysis*, 13, 414-424.
- RODULFO, R. (2008). *Futuro porvenir: ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la clínica de la niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- RODMAN, R. F. (2003). *Winnicott, life and work*. Cambridge, Ma: Perseus Publishing.
- ROUSSILLON, R. (2009). Transitionnel et réflexivité. *Les Lettres de La Société de Psychanalyse Freudienne, Winnicott, un psychanalyste dans notre temps*, 21: 123-140.
- RUTTER, M.; SILBERG, J.; O'CONNOR, T. (1999a). Genetics and child psychiatry, I: advances in quantitative and molecular genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (40), 3-18.
- RUTTER, M.; SILBERG, J.; O'CONNOR, T. (1999b). Genetics and child psychiatry, II: empirical research findings advances in quantitative and molecular genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (40), 19-55.
- SEGAL, H. (1993). On the clinical usefulness of the concept of death instinct. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 55-61.
- SIMANKE, R. T. (1994). *A formação da teoria freudiana das psicoses*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- SPILLIUS, E. B. (1993). Varieties of envious experience. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 1199-1212.
- SPILLIUS, E. B., MILTON, J., GARVEY, P., COUVE, C., & STEINER, D. (2011). *The new dictionary of kleinian thought*. London and New York: Routledge.
- TONNESMANN, M. (2002). Early emotional development: Ferenczi to Winnicott. In: Lesley CALDWELL, editor. *The elusive child*. London: Karnac, p. 45-58.
- _____ (2007). Michael Balint and Donald Winnicott: contributions to the treatment of severely disturbed in the independent tradition. In: Lesley CALDWELL, editor. *Winnicott and the psychoanalytic tradition*. London: Karnac, pp. 128-140.
- URRIBARRI, F. (2010). Passion clinique, pensée complexe. In: André GREEN. *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*. Paris: Odile Jacob, p. 243-271.

- WINNICOTT, D. W. (1945h). Para um estudo objetivo da natureza humana. *Pensando sobre crianças* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- _____. (1947a). A criança e o sexo. *A criança e seu mundo* (p. 166-182). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- _____. (1949f). O ódio na contratransferência. *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____. (1949m). O mundo em pequenas doses. *A criança e seu mundo* (p. 76-82). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- _____. (1950a). Algumas reflexões sobre o significado da palavra "democracia". *Tudo Começa em Casa* (p. 249-271). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. (1953a). Psicoses e cuidados maternos. *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 305-315). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1953c). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *O Brincar & a Realidade* (p. 13-44). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. (1953c [1951]). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 316-331). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1953i). Resenha (escrita com M. Masud R. Khan) de *Psychoanalytic Studies of the Personality*, de W. R. D. Fairbairn. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 316-322). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____. (1954a). A mente e sua relação com o psicossoma. *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 332-346). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____. (1955c). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 355-373). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____. (1955d). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 374-392). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____. (1956a). Formas clínicas da transferência. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____. (1957e). Alimentação. *A criança e seu mundo* (pp. 55-63). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- _____. (1957o). A contribuição da mãe para a sociedade. *Tudo começa em casa* (p. 117-122). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. (1958b). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 288-304). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

- _____ (1958d). Ansiedade associada à insegurança. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 163-167). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____ (1958e). O apetite e os problemas emocionais. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 91-111). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____ (1958f). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____ (1958g). A capacidade para estar só. *O ambiente e os processos de maturação* (p. 31-37). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1958j). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. *A família e o desenvolvimento individual* (p. 3-20). São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- _____ (1958m). Pediatria e neurose da infância. *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 417-423). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____ (1958n). A Preocupação Materna Primária. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 399-405). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____ (1959b). Resenha de *Envy and Gratitude*. (Parte I do cap. 53 - Melanie Klein: Sobre o Seu Conceito da Inveja.). *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 338-340). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1960c). Teoria do relacionamento paterno-infantil. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1963c). Os doentes mentais na prática clínica. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 196-206). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1963d). Moral e educação. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 88-98). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1963g). Treinamento para psiquiatria de crianças. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 175-183). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1964b). Deduções a partir de uma Entrevista Psicoterapêutica com uma Adolescente. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 249-259). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1964g). Introdução. *A criança e seu mundo* (p. 9-12). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- _____ (1964h). Resenha de *Memories, dreams, reflections*, de C.J. Jung. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 365-372). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1965d). Os objetivos do tratamento psicanalítico. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1965f). Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 260-282). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- _____ (1965h). Classificação: Existe uma Contribuição Psicanalítica à Classificação Psiquiátrica? *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 114-127). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1965j). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 163-174). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1965m). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 128-139). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1965n). A integração do ego no desenvolvimento da criança. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1965q). A criança de cinco anos. *A Família e o Desenvolvimento Individual* (pp. 49-57). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1965r). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1965t). Crescimento e desenvolvimento na fase imatura. *A Família e o Desenvolvimento Individual* (p. 29-41). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1965va). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 156-162). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1965vc). Provisão para a criança na saúde e na crise. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 62-69). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1965vf). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. *A Família e o Desenvolvimento Individual* (pp. 21-28). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1965vi). Introdução. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 15-16). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____ (1967b). A localização da experiência cultural. *O Brincar & a Realidade* (p. 133-143). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- _____ (1968c). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 151-156). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1968g). Conceitos contemporâneos de desenvolvimento adolescente e suas implicações para a educação superior. *O Brincar & a Realidade* (p. 187-203). Rio de Janeiro Imago Ed., 1975.
- _____ (1968i). O brincar: uma exposição teórica. *O Brincar & a Realidade* (p. 59-77). Rio de Janeiro Imago Ed., 1975.

- _____ (1969b). A amamentação como forma de comunicação. *Os Bebês e Suas Mães* (p. 19-27). São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- _____ (1969g). Fisioterapia e relações humanas. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 427-432). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1969i). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 171-177). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1970b). A experiência mãe-bebê de mutualidade. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 195-202). São Paulo: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1971a). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- _____ (1971b). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1984.
- _____ (1971d). As bases para o self no corpo. *explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 203-218). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1971f). O conceito de indivíduo saudável. *Tudo começa em casa* (p. 3-22). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1971g). A criatividade e suas origens. *O brincar & a realidade* (p. 95-120). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- _____ (1971h). Sonhar, fantasiar e viver: Uma história clínica que descreve uma dissociação primária. *O brincar & a realidade* (p. 45-58). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- _____ (1971i). Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas. *O brincar & a realidade* (p. 163-186). Rio de Janeiro Imago Ed., 1975.
- _____ (1971q). O lugar em que vivemos. *O Brincar & a Realidade* (pp. 145-152). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- _____ (1971r). O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (self). *O brincar & a realidade* (p. 79-93). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- _____ (1971va). Os elementos masculinos e femininos ex-cindidos [split-off] Encontrados em Homens e Mulheres. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 134-144). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1972c). Resposta a comentários (Parte III do cap. 28 - Sobre elementos masculinos e femininos ex-cindidos [Split-off]). *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. p.148-150). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994
- _____ (1974). O medo do colapso. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- _____ (1984b). Ausência de um sentimento de culpa. *Privação e Delinquência* (pp. 119-126). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1986a). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- _____ (1986e). O conceito de falso self. *Tudo começa em casa* (p. 53-58). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1986f). A cura. *Tudo começa em casa* (p. 105-114). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1986h). Vivendo de modo criativo. *Tudo começa em casa* (p. 23-39). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1987b). *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- _____ (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____ (1989f). Pós-escrito: D.W.W. sobre D.W.W. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 433-443). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1989vk). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 94-101). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1989vl). Psicose na infância. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 53-58). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1989xa). O uso do objeto no contexto de Moisés e o Monoteísmo (Parte VII do cap. 34). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 187-191). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1989xh). Raízes da agressão (Parte III do cap. 53 – Melanie Klein: Sobre o conceito de inveja). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 348-350). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1989xi). Joseph Sandler. Comentários sobre *On The Concept of The Superego*. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 353-358). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1996f). Psiquiatria infantil, serviço social e atendimento alternativo. *Pensando sobre crianças* (p. 235-238). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- _____ (1996l). Higiene mental da criança pré-escolar. *Pensando sobre crianças* (p. 75-88). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- _____ (1996n). Notas sobre o fator tempo no tratamento. *Pensando sobre crianças* (p. 202-204). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

APÊNDICE

Breve Biografia de
Donald W. Winnicott

Breve
Biografia
de
Winchott.

Neste apêndice, apresento algumas referências que dão um quadro geral da vida emocional e intelectual de Winnicott, para que o leitor possa ver o homem e o pensador como um só, seguindo a linha da sua vida, marcada pelos principais acontecimentos da sua existência.

1896. Nasce em 7 de abril, em Plymouth. Reino Unido É o último filho de uma família de três filhos, tendo mais duas irmãs (Violet, nascida em 1890, e Cathleen, em 1891).

Seu pai, John Frederick Winnicott, tinha então 40 anos; era um comerciante bem-sucedido e homem com vida pública importante (dentre suas qualificações como homem público, ele foi prefeito de Plymouth, 1916-1917 e 1921-1922; tendo recebido o título de Cavaleiro da Ordem do Império Britânico, em 1924).

Sua mãe, Elizabeth Martha Woods Winnicott, tinha então 34 anos.

1899. A família se muda para Rockville.
 1910. Winnicott (tendo, então, 14 anos) é enviado para Leys School, um colégio interno, para meninos, em Cambridge. Este é um momento importante, que Winnicott relata como consequência de uma ação paterna, em reação a uma fala "grosseira" de Winnicott à mesa, considerando que isto se devia à necessidade de Winnicott ter amigos mais adequados para sua formação educacional.
 1914. Cursa o Jesus College, em Cambridge, onde estuda biologia.
 1917. Inicia sua formação como médico no St. Bartholomew's Hospital.

Winnicott decidiu ser médico para que, disse ele, nunca mais dependesse de médicos.

Entra na Marinha, servindo até o fim da Primeira Guerra Mundial.

1919. Não conseguindo lembrar-se de seus sonhos, Winnicott solicita algo sobre esse tema na Biblioteca Lewis, e recebe um exemplar do *A Interpretação dos Sonhos*, de Freud.
 1920. Terminada sua formação básica, começa a trabalhar no St. Bartholomew's Hospital.
 1923. Casa-se com Alice Taylor, artista dedicada à pintura, à cerâmica, à escultura e à música (Alice terá uma grande instabilidade emocional com perturbações psiquiátricas).

Inicia sua prática clínica como pediatra, no Queen's Hospital for Children e outro no Paddington Green Children's Hospital (onde trabalhará por 40 anos).

Inicia sua análise com James Strachey (que durará até 1933, possivelmente, seis vezes por semana, como era o esquema clássico)

- 1924. Abre o seu consultório particular como pediatra.
- 1926. Melanie Klein se muda para Londres.
- 1925. Sua mãe morre de um ataque cardíaco, com 73 anos; Winnicott tem, então, 29 anos.
- 1927. Torna-se um dos primeiros candidatos a analista na Sociedade Britânica de Psicanálise.
- 1931. Publica *Clinical Notes on Disorders of Childhood*, um livro contendo uma série de artigos destinados aos clínicos gerais; livro que o próprio Winnicott considera como sendo um dos primeiros a fazer uma fusão dos aspectos médicos e psiquiátricos da prática pediátrica.
- 1933. Termina sua análise com James Strachey.
- 1935. Finaliza sua formação como analista na SBP.

Inicia a análise de um dos filhos de Melanie Klein.

Obtém a supervisão de Melanie Klein para outros casos de tratamento psicanalítico de crianças (supervisão que dura até 1941).

- 1936. Inicia uma segunda análise com Joan Rivière (de 1936-1941).
- 1940. Consultor psiquiátrico para o Esquema do Governo no Condado de Oxford; faz palestras radiofônicas para mães, durante a guerra.
- 1941. Fim de sua análise com Joan Rivière.
- 1943. Conhece Clare Britton, uma assistente social com quem trabalha, ocupando-se de crianças evacuadas por ocasião dos bombardeios a Londres na Segunda Guerra Mundial.
- 1944. Início da relação amorosa com Clare Britton, ainda em segredo.
- 1945. Publica o artigo *O Desenvolvimento Emocional Primitivo*.
- 1948. Morte do pai de Winnicott, com 94 anos; Winnicott tinha, então, 52 anos.
- 1949. Sofre dois infartos do miocárdio.

Separa-se de Alice.

Enuncia, pela primeira vez, sua noção de "mãe suficientemente boa", numa emissão radiofônica na BBC de Londres.

- 1950. Sofre seu terceiro infarto.
- 1951. Escreve e publica o artigo sobre os objetos e fenômenos transicionais, que o tornará famoso mundialmente.
- 1952. Recusa escrever uma contribuição para um livro em homenagem a Melanie Klein.

Casa-se com Clare Britton.

Muda-se para 87 Chester Square, Belgravia, numa casa ampla onde também é seu consultório.

1934. Winnicott é convidado por Susan Isaacs para dar um curso sobre "Crescimento e desenvolvimento humano" para professores do primeiro grau, num curso avançado na Universidade de Londres. Considera-se que este curso é o primeiro passo para a elaboração do livro *Natureza Humana*.
1947. Winnicott também inicia um curso regular para estudantes de Assistência Social na Universidade de Londres. Atividade pedagógica que também é referida como importante para a elaboração de seu livro *Natureza Humana*.
1954. Primeira sinopse do livro *Natureza Humana*; momento em que a maior parte do livro foi escrita. A segunda sinopse é de 1967. Este livro é, para Winnicott, o que os *Três Ensaios sobre a Sexualidade* é para Freud, ou seja, um livro que traça a linha geral do desenvolvimento, marcando tanto os processos saudáveis do desenvolvimento quanto os momentos críticos aos quais podem ser associadas as diversas psicopatologias. Tal como Freud, Winnicott reescreveu o livro diversas vezes, ainda que Freud o tenha publicado e refeito suas edições e o livro de Winnicott só tenha sido publicado mais de 10 anos depois de sua morte.
1956. Preside, pela primeira vez, a Sociedade Britânica de Psicanálise, até 1959.
1958. Publica *A Criança e seu Mundo*, reunindo uma série de artigos psicanalíticos, e uma série de conferências que são, originalmente, emissões radiofônicas feitas na BBC de Londres.
1961. Publica *O Ambiente e os Processos de Maturação*, livro que também é uma coletânea de artigos psicanalíticos.
1962. Publica o artigo "Enfoque pessoal da contribuição kleiniana", onde faz um balanço crítico das contribuições de Klein.
1965. Preside, pela segunda vez, a Sociedade Britânica de Psicanálise, até 1969.
1968. Apresenta, em Nova York, a conferência "O uso do objeto", que é muito mal recebida pelos analistas americanos.

Sente-se muito mal e seu estado de saúde piora profundamente, necessitando ficar em Nova York até ter condições de retornar a Londres.
1971. Morre no dia 22 de janeiro, em Londres, durante a madrugada.

Psicanalistas que foram pacientes ou supervisandos de Winnicott

- Enid Balint (1903-1994). A análise ocorreu entre 1951 e 1954.
- Hanry Guntrip (1901-1975). A análise ocorreu entre 1966 e 1968, tendo 150 sessões de análise.
- Joyce McDougall (1920-2011). De 1950 a 1953 segue os seminários de Winnicott em Londres, vindo a tornar-se colaboradora e amiga.
- Margareth Little (1901-1994). A análise ocorreu entre 1949 e 1955, sendo retomada em 1957.
- Marion Milner (1900-1988). A análise ocorreu entre 1943 e 1948.
- Masud Khan (1924-1989). A análise ocorreu de 1951 a 1966.
- Ronald Laing (1927-1989). Foi supervisionado por Winnicott no curso de seu treinamento para ser psicanalista na Sociedade Britânica de Psicanálise (formação iniciada em 1956 e finalizada por volta de 1964).

